

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

1088
N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard DARCEL

Né le 13 Avril 1932, à Seglien (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 1961

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU FACTEUR PSYCHIQUE
DANS LA SPHERE ANO-RECTALE

Président : M. DE GENNES, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard DARCEL

Né le 13 Avril 1932, à Seglien (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 1961

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU FACTEUR PSYCHIQUE
DANS LA SPHERE ANO-RECTALE

Président : M. DE GENNES, Professeur



IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonquet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutailis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Jean VERNE — 2^e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Éducat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.)	
— <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.)	
— <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) . .	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) . .	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) . .	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Broussais</i> : SOULIÉ (P.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.) ;	
BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> :	
DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . .	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) . .	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . .	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) . .	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PÉQUIGNOT (H.)
--------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.).

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); BUSSER (F.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.); CHRISTOL (D.);
LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOU-
RILLO (R.); CARTIER (P.); DREYFUS
(J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.);
JÉROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Phy- sique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.);
MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER
(G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*;
MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLAN-
CHER (G.); Mlle CORRE-HURST (L.);
M. SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.); DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. DEROBERT (L.), *pr. s. ch.*;
FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HA-
DENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.);
LE LORIER (G.); LÉVY (J.); MORIN
(P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.);
SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-
ROZAT (J.).

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.);
SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL
(M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.);
CAUCHOIX (J.); CERBONNET (G.);
CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.);
DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU
(F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.);
GAUDART d'ALLAINES (Cl. de); GER-
MAIN (A.); LATASTE (J.); LÉVÊQUE (B.);
LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI
(J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.);
ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX
(P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.);
HARTMANN (L.); LÉPER (J.); MAU-
RICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER
(J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.);
BRISAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE
(A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.);
COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COU-
RY (C.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.);
FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIM-
BERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE
(Cl.); LESOBRE (R.); MACREZ (C.);
MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.);
TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. JOSEPH (R.); LAFOURCADE (J.);
LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZI-
CONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROS-
SIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.);
DURAND (J.); GIRARD, *m. conf.*;
HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m.*
conf.; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phtisiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.);
FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :

M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.),
m. conf. agr.; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.);
MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :

MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.),
pr. s. ch.; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :

M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)

Secrétaire principal Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,

Conservateur du Musée d'Histoire de la

Médecine M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),

Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),

QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553816_0047

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE GENNES

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale
à l'Hôpital Broussais
Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de pré-
sider cette thèse.*

Notre hommage respectueux.

AU DOCTEUR MILSTEIN

Avec toute ma gratitude pour les conseils qu'il m'a prodigués tout au long de cette thèse et les éléments de base qu'il m'a donnés.

AU DOCTEUR BENSAUDE

Ma reconnaissance pour tout ce qu'il m'a appris, et l'idée qu'il m'a donnée d'écrire cette thèse.

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Plusieurs études modernes ont été consacrées à la médecine psychosomatique qui considère l'être humain dans son entier et celle-ci a maintenant son mot à dire dans plusieurs domaines importants de la pathologie.

En gastro-entérologie en particulier, de nombreux travaux récents ont été faits, mais la proctologie dans ses études ne paraît pas avoir retenu l'attention des auteurs.

Notre but est de tenter de dégager quelle peut être l'importance du facteur psychique dans le mécanisme de plusieurs affections de la sphère ano-rectale.

Lorsque l'on parle de psychisme, l'on entend tout d'abord l'état d'équilibre nerveux et mental qui caractérise chaque individu. Et lorsque l'on considère les problèmes psycho-somatiques, il s'agit d'entrevoir la portée somatique des conflits affectifs, des tensions émotionnelles ainsi que l'importance des à-coups portés à cet équilibre plus ou moins fragile selon les sujets.

Nous verrons par ailleurs que l'on peut établir une certaine classification de ceux-ci.

DEFINITION

Qu'est-ce qu'un phénomène psycho-somatique ?

Il s'agit, selon FÉNICHEL, d'altération fonctionnelle ou organique ne résultant pas d'une agression massive, mécanique, toxique ou infectieuse, et il nous donne la classification suivante :

- 1° Conséquences de l'utilisation du psychisme aux fins d'expression d'une pulsion instinctuelle refoulée.
- 2° Equivalents d'effets.
- 3° Perturbations bio-chimiques accompagnant les états de blocage et d'insatisfaction.

Il s'agit donc de comprendre le vocable de psycho-somatique d'une façon précise et, comme le dit LÉON MICHAUX :

« Le terme qui commence à être employé n'exprime pas, à vrai dire, les mêmes faits sous la plume de divers auteurs. Pour certains, il souligne seulement une intrication complexe d'éléments physiques et mentaux dont l'affiliation réciproque n'est pas toujours évidente. Il ne faudrait pas pousser bien loin cette conception pour voir entrer dans le cadre de la médecine psycho-somatique toute la médecine, toute la chirurgie, toutes les spécialités, car tout état pathologique comporte une composante psychologique. »

Pour d'autres auteurs, le vocable de psycho-somatique s'applique aux états dont le psychisme fournit l'étiologie, le somatique, la symptomatologie. Cette acception du mot nous semble juste à condition d'être largement comprise. Il peut être difficile, en pratique, de préciser si une affection relève exclusivement de traumatismes affectifs ou si ces derniers ne sont que prédisposants ou encore déclenchants. Nous pensons, déclare LÉON MICHAUX, que le terme psycho-somatique s'applique pertinemment aux états dont l'étiologie semble comporter une composante psychogénique substantielle et dont la symptomatologie contient généralement un élément mental important. Le rôle du médecin est d'apprécier la valeur relative des deux composantes.

Dans cette acception, il faut distinguer deux groupes de faits qui ne sont que les deux phases d'un même processus.

Le premier concerne les manifestations psychogènes d'expression somatiques fonctionnelles ; le second pose les problèmes de lésions somatiques psychogènes. La position du praticien est très différente devant ces deux éventualités.

Personne ne peut contester l'existence des manifestations fonctionnelles ; leur mécanisme a été partiellement éclairé par la doctrine freudienne, la réflexiologie conditionnée et les travaux de CANNON relatifs à l'action hormono-sécrétoire des émotions.

La question des déterminations psycho-somatiques lésionnelles pose un problème différent parce que nombre d'auteurs en nient l'existence et que leur authenticité doit être examinée avec un esprit très critique.

En ce qui nous concerne, nous allons étudier successivement les incidences psycho-somatiques dans :

- 1° La constipation.
 - 2° La recto-côlite hémorragique.
 - 3° Les névralgies ano-rectales.
 - 4° Le prurit anal.
 - 5° Le problème des interventions chirurgicales en proctologie.
 - 6° La physio-pathologie du premier âge et ses rapports avec le psychisme, et enfin les problèmes diagnostiques qui se posent et les thérapeutiques qui pourront être envisagées.
-

PRINCIPES DE BASE

Nous allons rappeler, avant d'étudier chacun de ces différents chapitres, quels sont pour ALEXANDER les principes de base d'une conception générale des troubles psycho-somatiques.

1° Il faut faire la distinction des troubles des fonctions végétatives classés en deux catégories selon l'action prédominante du vague ou du para-sympathique.

2° L'hypothèse peut être admise que les facteurs psychiques responsables des troubles somatiques sont spécifiques.

3° Le rôle accessoire des processus psychiques conscients, à l'inverse des tendances inconscientes réprimées.

4° La nécessité d'une connaissance de l'histoire de la personnalité du sujet pour comprendre le sens d'une situation actuelle n'ayant qu'un rôle précipitant.

5° La spécificité des situations conflictuelles est plus lisible lorsque celles-ci sont décrites en fonction de trois tendances fondamentales :

- recevoir ou prendre ;
- donner ou éliminer ;
- retenir.

ALEXANDER, qui prend FREUD comme point de départ, indique que les deux voies par lesquelles le mécanisme d'intégration peut devenir pathogène, sont la conversion et la névrose végétative.

Une troisième voie, qui a été qualifiée d'effets secondaires, peut y être ajoutée.

I. — LA CONVERSION

Ce qu'ALEXANDER appelle conversion, c'est le processus au moyen duquel les conflits affectifs ne pouvant être résolus par suite du refoulement, s'extériorisent par le soma. En d'autres termes, les tensions psychologiques sont converties en symptômes organiques.

Que les symptômes se localisent dans tel organe ou tel système particulier constitue un problème intéressant. Parmi les raisons pouvant déterminer le choix d'un organe, nous pouvons citer avec FÉNICHEL les suivantes :

- a) L'importance de certains organes du point de vue de la fixation en eux de la libido.
Un individu fixé à la phase orale, par exemple, présentera des symptômes buccaux. Ce qui s'exprimera dans les zones pré-génitales, dit FÉNICHEL, sont des fantasmes génitaux.
- b) La faiblesse constitutionnelle ou acquise d'un organe constitue de cette manière une zone de moindre résistance.
- c) Le moment où se produit un refoulement défini peut provoquer par la suite la localisation de symptômes dans le ou les organes soumis à ce moment à une tension.
- d) Un facteur particulièrement important est la capacité spéciale que peut avoir un organe, capacité telle qu'une tendance donnée peut s'exprimer symboliquement par lui.
Ceci nous conduit à considérer ce que l'on a appelé un « langage des organes ». C'est ADLER qui, le premier, attira l'attention sur ce fait.

ALEXANDER a cherché à étudier systématiquement ce facteur. Il en est résulté une théorie intéressante que l'on a appelé la théorie des vecteurs. Ce spécialiste sépare les tendances psychiques fondamentales en trois groupes :

- d'incorporation ;
- d'élimination ;
- de rétention ;

et nous dit :

« J'ai la conviction que l'équilibre dynamique réalisé entre les valeurs des trois vecteurs d'incorporation, d'élimination, de rétention, est biologiquement déterminé et représente en somme la dynamique du processus biologique "la vie". »

ALEXANDER poursuit :

« Les névroses du tractus gastro-intestinal et vraisemblablement celles du système respiratoire, ne sont que des exutoires artificiels à l'accumulation des tendances de prises, de don, d'attaque ; qui, à cause d'une inhibition, ont été incapables de trouver un exutoire normal, par la voie des systèmes volontaire ou génital. »

A cet égard, c'est le système gastro-intestinal qui est le mieux adapté à l'expression de ces tendances vectoriellement dirigées. On peut dire de manière simple que le tractus supérieur est lié à l'incorporation et le tractus inférieur à la rétention et à l'élimination.

Par conséquent, les tendances refoulées peuvent être exprimées comme suit :

- Incorporation : troubles de l'appétit, vomissement, pathologie fonctionnelle de l'œsophage et de l'estomac.
- Elimination : côlites de différentes sortes.
- Rétention : constipation.

II. — LA NÉVROSE VÉGÉTATIVE

Par contraste avec les symptômes produits par la voie du mécanisme précédent, elle correspond à un fonctionnement défectueux du système autonome.

Il s'agit là des composantes physiologiques de l'émotion.

L'émotion est une réaction totale de l'organisme en face de stimuli qui altèrent son équilibre. Elle peut devenir le principal mécanisme psycho-somatique de la maladie.

Il y a quelques années, ALKAN a publié une brillante analyse de ces possibilités. Selon lui, les émotions réagissent principalement par le système neuro-végétatifs, sur les éléments contractiles (musculature lisse) et les éléments sécrétoires (glandes endocrines et exocrines). Dans le premier cas, elles peuvent entraîner des altérations « organiques » par la voie des mécanismes suivants :

1) Une contraction persistante, particulièrement un spasme circulaire dans des organes creux, produit une compression et par conséquent une anémie de la région en question. Il peut se produire à la fois un dommage de nature mécanique et un manque de nutrition. Ceci entraîne des altérations nécrobiotiques qui tantôt naissent de cette façon, ou tantôt aggravent des modifications tissulaires déjà présentes (par exemple, ulcère de l'estomac).

2) Un spasme persistant ou fréquemment répété d'organes tubulaires entraîne une hypertrophie musculaire des parties supérieures avec dilatation secondaire (par exemple, la dilatation idiopathique de l'œsophage).

3) Ce spasme peut également entraîner une stase et des modifications pathologiques dans les liquides qui, à l'état normal, circulent librement avec infections secondaires possibles.

MECANISMES PATHOGENETIQUES

Dans l'explication du mécanisme psycho-somatique, l'hypothalamus apparaît comme un centre de premier ordre.

C'est un véritable carrefour psycho-somatique, nous dit le Professeur DELAY. C'est par son intermédiaire qu'une série de faits psychologiques peuvent modifier une série de faits physiologiques.

A son niveau, se côtoient des fibres nerveuses de provenance et d'efférence multiples normalement indépendantes les unes des autres. A l'état pathologique, l'hypothalamus, véritable plaque tournante dérégulée, peut orienter certains influx qu'il reçoit vers des centres auxquels normalement il ne parvenait pas.

C'est un centre endocrinien.

Il reçoit les effluves psycho-affectives, il contient des noyaux vago-sympathiques. Il paraît être le véritable cerveau endocrinien. Les études histo-chimiques modernes ont montré que les cellules des noyaux de l'hypothalamus ont les caractères des cellules sécrétoires. Elles libèrent tous les médiateurs chimiques voisins de ceux du système sympathique et para-sympathique qui sont déversés dans les vaisseaux reliant l'hypothalamus et l'hypophyse (système hypothalamo-hypophysaire).

L'hypothalamus est également un centre psycho-affectif. Il reçoit des fibres nerveuses de provenances multiples. Il en reçoit du cortex frontal, ce qui explique le retentissement que peuvent avoir les traumatismes et les chocs émotifs. Il sert de médiateur dans l'expression des émotions (MAC DEAN). Mais les influx émotionnels violents partant du cortex peuvent submerger l'hypothalamus, en perturber la physiologie et, finalement dérégler le fonctionnement des noyaux sécrétoires qu'il contient. C'est également un centre neuro-végétatif.

L'hypothalamus contient des noyaux vago-sympathiques et articule ainsi la vie affective et le système neuro-végétatif.

Les perturbations psychiques peuvent se traduire par des perturbations des différents appareils.

Le problème de la localisation est donc très important. Le point de chute somatique d'un choc émotionnel ne semble pas le seul fait du hasard. Trois facteurs principaux paraissent déterminer sa localisation :

A) L'EXISTENCE D'UNE LESION PREALABLE

Cette lésion est discrète, parfois ancienne et totalement guérie, si bien qu'il existe toujours une disproportion évidente entre les troubles ressentis par le malade et les signes physiques découverts à l'examen (soit dans un sens, soit dans l'autre d'ailleurs).

Dans le domaine qui nous intéresse, cette lésions préalable paraît être d'une grande importance.

B) LA NATURE DE LA LESION AFFECTIVE DECLENCHANTE

On peut noter une corrélation entre la nature de l'agression et le siège de sa projection somatique, par exemple au cours de traumatismes psycho-sexuels.

Ces traumatismes, si l'on n'oublie pas qu'ils peuvent commencer dès la première enfance, sont si nombreux que peu de sujets y échappent. Parfois, le traumatisme émotionnel est si brutal que son retentissement est immédiat. C'est d'emblée qu'apparaissent les symptômes pathologiques. Mais le plus souvent, les conséquences somatiques du choc n'apparaissent pas tout d'abord, le domaine affectif paraît seul touché.

Le traumatisme reste quelque temps présent à la mémoire, puis peu à peu gagne le domaine de l'inconscient. Il n'est pas pour autant effacé. Le sujet est en quelque sorte sensibilisé. Dès lors que survienne un nouveau traumatisme de même nature ou non et tout peut se déclencher. Il est fréquent que le traumatisme déclenchant soit beaucoup moindre que le traumatisme sensibilisateur, au point qu'on hésite à le prendre en considération. Certaines circonstances indépendantes en auront parfois accru la nocivité.

Tout traumatisme émotionnel est plus redoutable en période de fatigue, de convalescence, après une intervention chirurgicale, un accouchement. Dans certains cas, un malade peut pénétrer dans le cercle vicieux d'une anorexie mentale par le lien d'une affection du système digestif, colite spasmodique par exemple.

En résumé, l'action (qui peut devenir inconsciente par la suite) de la volonté sur la motricité colique et sur la sensibilité rectale confirme l'importance de la période d'éducation de la propreté dans

certains troubles d'excrétion. Mais la constatation de l'existence d'ondes contractiles propulsives dues au réflexe gastro-colique (qui présente une composante psychique), même en l'absence de passage de matières dans le côlon, met en valeur l'influence primordiale des facteurs oraux dans les affections psycho-somatiques intestinales. Enfin, la concordance entre l'hypermotricité colique et la contraction de muscles striés, et inversement, suggère une parenté psycho-dynamique entre des symptômes différents, comme la constipation, les contractures et les algies musculaires, et pose une fois de plus la question des rapports entre le système neuro-végétatif et le système relation.

C) LES AVANTAGES QUE LA MALADIE PROCURE AU SUJET

Dans le cas de certaines affections psycho-somatiques, le sujet retire de sa maladie un bénéfice plus ou moins inconscient. Le traitement en est d'ailleurs rendu plus difficile : l'apparition d'une dermatose sur une région particulièrement visible, la face par exemple, témoigne souvent d'un chantage inconscient. Il en est de même dans le cas d'une névralgie rectale.

Avant de commencer l'étude des différents chapitres de la sphère ano-rectale, nous avons été obligé d'envisager les problèmes coliques, car il est difficile de séparer ce domaine de la physio-pathologie des côlons.

RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

Les myogénistes expliquent la progression des matières par l'action propre des muscles intestinaux péri et anti-péristaltisme (théorie des gradients).

Les neurogénistes mettent l'accent sur l'action du système nerveux végétatif (en gros : sympathique inhibiteur, para-sympathique accélérateur), elle-même en corrélation avec les sécrétions endocriniennes.

Pour GOELINGER (1951), à l'état normal, les matières sont propulsées jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne et c'est la sensibilité de cette région annonçant la présence des matières qui crée l'envie de déféquer.

HOLZNECH, en 1909, avait décrit un mouvement de masse qui conduit le contenu intestinal, grâce à la musculature du cæcum et du côlon ascendant, de l'extrémité hépatique à la portion descendante et qui précède généralement de très près la défécation. HURST, en 1911, parlait d'un réflexe de masse poussant les matières fécales dans le sigmoïde et le rectum, et à l'origine du processus d'exonération.

Pour ALMY, un réflexe gastro-colique habituellement déclenché par le fait de manger entraîne des ondes de contraction propulsées dans le cæcum, le côlon ascendant et le transverse, avec des contractions soutenues des muscles longitudinaux du côté colique gauche. Celles-ci raccourcissent le côlon au point que les fèces sont poussées dans le sigmoïde et dans le rectum. Dans les meilleures circonstances, le rectum alors distendu accentue l'activité propulsive du côlon (réflexe de masse) qui, en retour, déclenchent les réflexes de défécation, y compris le relâchement des sphincters.

Cependant, des déprimés à estomac plein étant constipés, il faudrait considérer le réflexe gastro-colique comme un réflexe d'appétit (GRACE, WOLF et WOLF, en 1951, confirment cette hypothèse à la suite d'examens radiographiques et de l'observation de quatre sujets fistuleux avec portion intestinale extériorisée.

Pendant une période de tristesse, d'absence d'appétit ou de désir de manger, la prise de nourriture ne fut pas suivie d'une augmentation

d'activité motrice du gros intestin. D'autre part, chez un malade iléostomisé, la persistance du réflexe gastro-colique montra que les ondes contractiles propulsives du côlon peuvent se produire par le passage du contenu iléal.

Enfin, ces ondes propulsées n'étaient pas supprimées après vagotomie. Ces trois auteurs suggèrent que les neurones moteurs impliqués font partie du système sacré para-sympathique.

Pour SZASZ cependant, si les ondes contractiles ne sont pas supprimées, elles peuvent être modifiées. Il part du fait chimique que la plupart des porteurs d'ulcères duodénaux sont constipés (1951).

Après vagotomie, leurs mouvements intestinaux sont plus lâches et plus fréquents. Ils présentent parfois même de la diarrhée. Il considère qu'il existe les relations complémentaires suivantes entre les activités du tube digestif supérieur et inférieur : pendant les périodes d'excitation du vague (en cas de faim, par exemple, l'activité du côlon et du rectum est diminuée par inhibition des para-sympathiques sacrés, ou stimulation du sympathique). Inversement, les mêmes organes sont activés en cas d'inhibition vagale.

Dans la diarrhée (évacuation trop rapide de selles trop rapides), LAMBLING (1948) dit que l'hypermotricité intestinale est comparable à un échantillon hyperdynamique du réflexe gastro-colique. Cette hypermotricité s'accompagne de troubles sécrétoires.

Dans la constipation (rétention en excès de matière fécales dans le côlon), on constate une absence d'activité contractile associée à une absence de réflexe gastro-colique, d'où mouvement en avant retardé des selles, contractions non propulsives du sigmoïde entraînant une compression et une déshydratation des matières.

Mais le transit intestinal subit d'autres à-coups.

Il est hors de doute, dit le Professeur Jean VAGUE, en 1953, que des contractions et des relâchements intempestifs du sphincter anal peuvent retentir chacun dans le sens de l'hyper comme de l'hypopéristaltisme sur la musculature lisse intestinale. L'action des muscles de l'abdomen et du diaphragme peut également se répercuter sur l'intestin, pseudo-occlusion par contraction diaphragmatique décrite par QUÉNU, en 1952.

A l'aide d'un ballon enregistreur placé au delà de la région sigmoïdienne, GRACE, WOLF et WOLF constatent que l'activité motrice du côlon est diminuée par contraction volontaire des muscles périnéaux et du sphincter anal.

Par des moyens identiques, ces trois auteurs montrent que le rectum d'un sujet constipé est en général moins sensible à la pression.

Il est certain que cet émoussement de la sensibilité sigmoïdo-rectale, vraisemblablement provoqué, suivant GOELINGER, par une résistance pour des causes diverses au besoin d'exonération, s'oppose à l'exécution des conditions optima d'évacuation. RACHET, MUFFANG rappellent que la distension des parois rectales provoque la sensation de besoins. Si le malade résiste au besoin, non seulement la défécation ne se produit pas, mais la sensation disparaît pendant un certain temps.

Ce rappel anatomo-physiologique, volontairement schématique, n'épuise pas toutes les voies d'action des phénomènes psychiques sur l'intestin. On a considéré, par exemple, la recto-côlite hémorragique comme un phénomène d'allergie. De même, une place a été faite au trouble d'origine endocrinienne avec leurs perturbations métaboliques.

Des auteurs ont souligné l'importance du facteur cortico-surrénal ou hypophysaire dans l'éclosion de la diarrhée (relations hypothalamus - psychisme, glandes endocrines). Mais il importe de faire état de ce qu'apportent la clinique et l'expérimentation aux conceptions psycho-génétiques des troubles intestinaux. La coexistence de la dépression et la constipation est connue en psychiatrie pratique. GRACE, WOLF et WOLF, par l'observation des segments d'intestin extériorisés chez leurs sujets fistuleux, par des examens radiographiques et kymographiques, en arrivent aux conclusions suivantes : les situations de vie écrasante provoquant une pure négligeable ou de la tristesse, sont associées à une hypofonction du gros intestin, avec pâleur, relaxation, absence d'activités contractiles du côlon et baisse dans les sécrétions de la concentration d'un agent bactériolytique et mucolytique : le lysosyme.

Celles provocatrices de conflit avec sentiment de colère, d'hostilité, de ressentiment (que le malade a des difficultés à exprimer) ou avec appréhension et anxiété, sont en rapport avec une hyperfonction du côlon et une augmentation de l'activité contractile.

ALMY et ses collaborateurs montrent, à l'aide de ballons enregistreurs, que des excitations consistant en froid (mains dans la glace), compression du crâne, hyperglycémie provoquée ou conversation génératrice de conflit déterminent chez la moitié des sujets normaux ou constipés, une augmentation nette de la contractilité du sigmoïde.

FONDEMENTS DES TROUBLES PSYCHO-SOMATIQUES DU COLON

Le côlon est un organe de la vie végétative susceptible d'être influencé par le système nerveux central (entre autre par l'intermédiaire du sphincter anal) et il est compréhensible même si l'on limite les phénomènes de conversion aux domaines des appareils sensoriels des muscles reliés au cortex, que le côlon soit utilisé par l'inconscient pour des manifestations hystériques.

Plus simple et commun, le symbolisme des selles trouvé en général dans la diarrhée et la constipation exprimant tantôt une élimination agressive ou l'accomplissement d'une obligation, tantôt un refus de donner, ou au contraire, un essai de contention de l'agressivité doit-il être considéré comme une cause de ces troubles ? ou fait-il seulement partie d'une constellation psycho-dynamique spécifique qui possède une tendance élective pour le gros intestin, comme certains micro-organismes ont une prédilection spécifique pour un organe donné.

Le transit intestinal physiologique ou pathologique s'effectue d'une façon complexe, des facteurs divers intervenant sur des portions intestinales peuvent provoquer des tableaux identiques.

Plusieurs difficultés peuvent être rappelées :

- 1) Pour ce qui est du déterminisme symbolique, on imagine bien une série de transitions entre le constipé et l'enfant qui retient ses selles. Mais il est difficile de concevoir ces transitions entre celui qui présente une incontinence de matières, va fréquemment ou exprès à la selle et le diarrhéique. La constipation n'apparaît pas comme le négatif de la diarrhée ou inversement.

En outre, l'action des muscles en rapport avec le cortex (sphincter, diaphragme, abdominaux), parfois importante (QUÉNU et VAGUE), n'est pas indispensable et peut être inopérante ; des efforts d'expulsion nombreux et soutenus sont en général insuffisants pour lutter contre la constipation ou n'engendrent pas toujours la diarrhée (anxieux allant sans cesse à la selle sans devenir diarrhéique).

- 2) Si on met à part l'action des muscles en rapport avec le cortex, on s'explique mal comment ce symbolisme pourrait agir par l'intermédiaire du système nerveux autonome qui n'est pas en relation directe avec les processus conceptuels, mais seulement en rapport avec les tensions émotionnelles par les voies cortico-thalamiques.
 - 3) Les mécanismes de contracture et de relâchement de la musculature striée nécessitent d'être mieux étudiés si l'on considère que cette musculature, bien que reliée au système nerveux central, est susceptible, au même titre que les organes de la vie végétative, d'être un réceptacle de décharge tensionnelle.
 - 4) Enfin, dans toute constellation psycho-dynamique, une discrimination sévère s'impose entre ce qui est primitif et ce qui peut être élaboré secondairement à partir d'un symptôme.
-

ETIOLOGIE

Il est difficile d'avoir une connaissance complète de la longue chaîne de causes qui va du conflit psychique non résolu aux symptômes psycho-somatiques susceptibles d'entraîner des modifications anatomiques, comme dans la recto-côlite hémorragique. Déjà *in utero* la motricité intestinale varie en rapport avec certaines modifications du liquide amniotique du sang maternel (SMITH, en 1951).

La diarrhée cholériforme, elle-même, n'est pas uniquement due à une infection, elle se présente comme un déséquilibre neuro-végétatif. Diarrhées et constipations du nourrisson font partie de réactions de l'organisme en face d'agressions souvent multiples : changements dans la température, l'alimentation, les soins, besoins non satisfaits, tensions non résolues. Lorsqu'elles ne dépassent pas un certain degré, ces réactions sont salutaires à l'organisme dont elles sont une défense. A un certain stade du développement du cortex des fibres myélinisées, apparaissent chez le nourrisson des possibilités d'éducation sphinctérienne. Aller ou ne pas aller à la selle prend alors de multiples significations. Dans le premier cas, c'est faire plaisir, remplir une obligation, éprouver du plaisir (en raison de l'excitation de la zone érogène anale), perdre de soi-même (à cause du spectacle des sensations provoquées par les matières qui se détachent du corps), mais aussi de se débarrasser de ce qui gêne. Dans le second cas, c'est refuser ce qu'on demande, montrer son hostilité d'une façon plus ou moins camouflée, retarder un plaisir pour mieux en jouir, maintenir son intégrité. Dans la mesure où les représentations peuvent agir sur la motricité intestinale, le diarrhéique ou le constipé expriment figurativement par sa maladie ce qu'il ne peut exprimer en actes, en paroles ou même en pensées en utilisant un moyen infantile devenu inconscient.

En partant de cette double étiologie, on est tenté de schématiser (c'est l'impression qui se dégage des travaux de SZAZ) et de penser que les tensions affectives de la période orale se déchargent par l'intermédiaire du système autonome des muscles lisses intestinaux, du sphincter anal interne, alors que la musculature striée, reliée au sys-

tème nerveux central (sphincter anal externe, etc.), sert de voie symbolique. Bien que séduisante, une division aussi stricte n'est pas justifiée.

D'une part, certains auteurs considèrent que les commandes hypnotiques ont une influence sur plus de fonctions physiques que la volonté normale, et pensent que le domaine végétatif peut être utilisé pour s'exprimer symboliquement. Mais le mécanisme de cette action reste obscur.

D'autre part, on constate des phénomènes de contracture et de relâchement de la musculature striée chez le nourrisson à un âge où il est encore impossible qu'elle dépende du système nerveux central insuffisamment développé. Le muscle strié semble donc, lui aussi, être un réceptacle de tension au même titre que les organes de la vie végétative.

CLASSIFICATION DES SUJETS

Parmi les sujets que l'on rencontre lors d'une étude psycho-somatique, il en est de différentes catégories et nous pouvons en envisager une classification.

I. — LES PETITS NERVEUX

Les nerveux, c'est-à-dire les malades présentant des signes cliniques de névrose, sont bien plus fréquents qu'on ne le suppose. Souvent, ils s'abstiennent de consulter le praticien ou de revenir les voir après une première consultation, parce que le médecin s'est déclaré incompetent ou les a considérés comme atteints d'une affection grave imaginaire qu'il ne faut pas prendre au sérieux ou encore relevant uniquement d'une cause physique et cela contrairement à l'intuition naturelle de l'intéressé.

Or ce sont des malades beaucoup plus accessibles à la médication morales que les grands nerveux. Sans les enlever forcément ou radicalement à leur activité professionnelle ou à leur milieu, il est possible de faire disparaître chez eux des symptômes qui risquent d'empoisonner secrètement leur existence durant des années. Il faut savoir les dépister cliniquement et intervenir précocement sans attendre que leur névrose ne se développe assez gravement pour nécessiter une cure interminable par le spécialiste.

Telles sont les formes atténuées de la névrose d'angoisse, très souvent de cause sexuelle, par disproportion entre l'excitation sexuelle puissante, mais plus ou moins rentrée, et son inassouvissement normal — de l'asthénie nerveuse par surmenage émotif, de la névrose hypochondriaque et les formes camouflées inhabituelles de pithiatisme : crise hystéro-émotionnelle vago-sympathique à expression non sincèrement anxieuse, accident dit hystérie de conversion, digestif, circulatoire et cutané.

II. — LES NERVEUX FAUX ORGANIQUES

Ces malades ne sont pas des névropathes à état mental chronique ou évident caractérisé par l'angoisse psychique, la phobie, ou l'obsession, certains traits manifestement morbides de caractère, etc. Ce sont des nerveux dont les symptômes psychiques effacés sont souvent très dissimulés et qui se présentent comme des malades physiques, cardiaques, digestifs, intestinaux, hépatiques, ptosés, etc.

Ils constituent une part notable de la clientèle quotidienne de chaque praticien, parfois celui-ci soupçonnant les causes psychiques de leur mal, les traite de « nerveux », mais sans leur expliquer ce qu'il entend par là, ni surtout sans tenter d'agir directement sur ces causes, ce qui ne fait qu'augmenter la détresse de son client et sa conviction d'être sinon gravement atteint, du moins atteint d'une maladie mystérieuse et sans remède connu.

Tels sont les cas de dystonie neuro-végétative, de sympatalgie localisée, de paresthésie obsédante. Il faut y ajouter certains cas d'asthme, des états nerveux à dermatose (urticaire, eczéma), certains basedowiens frustes sans goitre, des orthostatiques. Il se crée souvent chez ces malades des organicités secondaires d'une physionomie clinique spéciale.

III. — LES MALADES ORGANIQUES A COMPOSANTE PSYCHIQUE PRINCIPALE

Parmi les malades ordinaires évidemment et banalement organiques, il en est un certain nombre qui tombent malades à la suite, non pas d'intoxications ou d'infections, d'épuisement organique ou de l'entrée en jeu d'un agent étiologique défini, mais à la suite de causes morales telles que chagrins répétés, deuils, émotions déprimantes, échec douloureux de la vie personnelle, etc.

L'éclosion du mal physique succède à une période plus ou moins longue d'anxiété motivée, de souffrances morales parfaitement naturelles souvent mais graves, ou plutôt capables chez eux, en vertu d'une certaine prédisposition spécifique, de retentissement non plus névropathique mais organique.

Devant ces cas encore mal étudiés étiologiquement, on est toujours en droit d'invoquer la coïncidence fortuite entre le chagrin, le souci, la détresse morale d'une part et la maladie physique de l'autre, ou encore une vague relation qu'on exprime en disant que ces facteurs

affectifs ont favorisé l'action banale des causes physiques communes à tous les processus pathologiques : par exemple, la libération dans l'organisme (sans l'influence de la réaction émotionnelle de certains corps analogues à des hormones dont l'excès résultant de la perturbation du système sympathique retentit sur tel ou tel aspect de l'équilibre biologique). Mais pas plus que l'action physique, l'hypothèse du hasard simple de l'émotion n'explique rien ou pas grand-chose. Par contre, l'observation comparative très attentive des cas à étiologie physique enseigne que cette étiologie aboutit à des résultats bien différents chez les malades de constitution névropathique et les autres. Les individus affligés de cette constitution spéciale sont toute leur vie quelquefois fragiles et réagissent aux moindres secousses émotionnelles par la névrose qui prend alors la signification d'un mécanisme de défense. Au contraire, les individus en apparence beaucoup plus solides qui échappent à cette fatalité de la névrose, supportent sans faire de symptômes nerveux les mêmes causes morales qui abattent le nerveux. Par contre, à la longue, ils finissent eux aussi par tomber malades, mais dans leurs fonctions organiques où ils se défendent mal contre les maladies accidentelles où ils paraissent presque l'attirer, la susciter ou l'inciter, la faire naître.

C'est vraisemblablement dans cette catégorie de malades qu'il faut ranger les cas véritablement psycho-somatiques, comme les ulcères d'estomac décrits par Arold WOLF, les colites signalées par Stanley COBB, les hypertensions artérielles solitaires étudiées par Carl BINGER, les obésités féminines, dites paradoxales, par Gilbert DREYFUS.

IV. — MALADES ORGANIQUES A COMPOSANTE PSYCHIQUE SECONDAIRE

Il reste alors les malades dont rien ne peut faire soupçonner que les facteurs d'ordre moral aient pu avoir chez eux une action quelconque. Mais ici encore, le psychothérapeute a son mot à dire, car ne serait-ce que dans les périodes où dans le champ clos de l'organisme sérieusement atteint la maladie résiste laborieusement aux facteurs étiologiques physiques, il y a toujours à craindre que les défenses dites organiques dépendent au moins, dans une certaine mesure, de l'aspiration de l'être à vivre, c'est-à-dire d'un facteur inconnu mais de nature morale. Ce facteur, tous ceux qui ont suivi un tuberculeux durant sa cure ou qui ont assisté un typhique au cours de sa lutte contre la mort, l'admettent facilement de façon intuitive, aussi se font-ils alors psycho-somatiques sans le vouloir.

Tous les praticiens pensent par exemple que la confiance, l'optimisme ne sont pas forcément toujours les effets et les manifestations d'une résistance victorieuse de l'organisme, mais peuvent figurer parmi les causes de cette résistance. D'où la nécessité pour le praticien de savoir agir moralement sur le malade, ainsi menacé, pour le mettre dans les conditions à la fois biologiques et psychiques les plus intégralement favorables à l'œuvre de la nature curative (environnement, attrait matériel de l'ambiance, assistance morale par un personnel sympathique, attachement au médecin).

Un tel classement étant opéré, il faut remarquer que si les idées, aujourd'hui classiques sur l'« origine nerveuse » des maladies dites somatiques, ne peuvent en être troublées, une énigme apparaît quant à leur élément « psychique ». Les plus caractéristiques de ces malades, avons-nous dit, ne sont pas des nerveux au sens vrai, qui ne sauraient être que cliniques, du mot.

Quel est alors ce facteur obscur et puissant que notre ignorance appelle moral.

Nous ne pouvons que résumer très brièvement ici l'opinion actuelle des spécialistes sur ce sujet, telle qu'elle résulte de la recherche des psychologues, des cliniciens (méthode de l'observation psycho-somatique de J. DELAY et surtout des psychanalystes).

L'être humain, comme tous les individus, est un, est total scientifiquement parlant. Il n'est pas un corps dirigé par une âme, mais une structure indécomposable dont la vie psychique est le mouvement significatif structuré. Les causes morales des maladies, comme des frustrations de sa vie instinctive ou ses échecs sociaux dans l'existence, agissent à la façon de traumatismes fonctionnels, c'est-à-dire non pas en lésant primitivement tel mécanisme localisé humoral ou nerveux, mais en perturbant l'ensemble de l'organisme dont la singularité nous fait parler de personnalité. La moindre résistance se prépare durant l'enfance, le milieu familial puis social, façonnant dans une interaction réciproque et une évolution ininterrompue les exigences dites affectives de l'individu qui, adulte, devra les plier non sans de terribles dommages à l'interdit de la société et de sa propre morale. C'est pourquoi toutes les émotions ne sont pas égales en pouvoir pathogène, les situations émotionnelles les plus déprimantes ne sont pas celles qui suscitent les secousses émotives vulgaires, mais celles qui agissent lentement et profondément dans les circonstances où naissent les contradictions, les oppositions entre des sollicitations à des conduites incompatibles, instinctuelles et infantiles, contre-sociales et culturelles — contradictions qui sont ressenties par l'individu comme des menaces à sa valeur personnelle, comme des culpabilités obscures et sans fondement logique. Or, l'émotion de culpabilité, la plus dan-

gereuse de toutes les émotions, n'a d'autre issue cathartique qu'une réanimation morale stérile avec tension neuro-végétative sans détente possible.

La psychanalyse assignait jadis, comme cause morbide, les complexes affectifs et spécialement sexuels refoulés. Elle tend aujourd'hui à admettre comme spécialement pathogène, cette fausse culpabilité née dans l'enfance, puis rappelée et intensifiée par des éléments douloureux de la vie adulte, sentimentaux, sociaux, professionnels.

CONSTIPATION ET PSYCHISME

« Il ne saurait être question de constipation psycho-somatique tant que l'on n'est pas assuré qu'il s'agit bien réellement de constipation et tant que le nécessaire n'a pas été accompli pour éliminer toutes les maladies organiques susceptibles de déterminer ce trouble. » (Raymond DUPUY.)

Le premier soin sera donc d'écarter les sujets qui se plaignent de constipation et qu'en fait ne sont qu'individus insatisfaits. Leur défécation individuelle leur paraissant insuffisante, leurs selles n'offrant pas à leur contemplation l'aspect désiré, ou tenté d'attribuer quelque inconfort passager à l'absence d'exonération un jour par hasard.

La réalité du fait étant établie, il appartiendra ensuite à un examen clinique minutieux et aux investigations complémentaires, d'éliminer non seulement une éventuelle lésion du rectum, de l'anus, du côlon ou du grêle, mais aussi une affection organique telle que cholécystite, ulcus gastrique ou duodénal, amibiase, myxœdème, etc. Il importe aussi de ne pas se laisser abuser par les effets d'une thérapeutique récente : codéine, opium, amphétamine ou une restriction diététique abusive.

Le constipé doit donc être soumis à un examen très complet comportant outre un interrogatoire serré et l'exploration somatique générale, l'anuscopie, la recto-sigmoïdoscopie, le lavement baryté, l'étude coprologique des matières, l'exploration fonctionnelle du foie. C'est seulement après avoir épuisé les ressources de l'enquête anamnétique, clinique et complémentaire, qu'on peut être autorisé à parler de constipation psycho-somatique, à aborder des interprétations et des thérapeutiques qui ont la faveur de l'actualité.

Actualité de qualité certes, mais où rien de bien nouveau n'a été apporté en fait dans ce domaine par les travaux contemporains.

HAYEM écrivait déjà en effet :

« La constipation est une maladie d'origine psychique, on pourrait même dire sociale, puisqu'elle est la conséquence de la civilisation »,

et chacun de savoir que ni le primitif ni l'animal ne souffrent de constipation. De même, est-il besoin de rappeler qu'il est d'observation ancestrale que des constipations de plusieurs jours peuvent être provoquées par un changement d'habitudes, un voyage, etc.

On pourrait s'interroger sur l'utilité de traiter un problème qui s'apparente par tant de points aux vérités premières, si son incompréhension n'en était toujours aussi répandue par tant de contemporains, qu'il s'agisse de malades ou des médecins qui ne voient devant la constipation qu'une solution : les drogues, laxatives, qu'avalent et que proscrivent les autres. Les conséquences d'un tel état d'esprit sont parfois peu nuisibles, mais elles peuvent aussi revêtir une exceptionnelle gravité.

Evoquons simplement certains résultats dramatiques de l'emploi abusif de laxatifs, qu'il s'agisse du tableau de la cachexie restrictive étudiée par FIESSINGER, les syndromes de tumeurs cérébrales décrits par CATTAN, CARANO et CATTONI, du syndrome dysentérique rapporté par CONTE, ou par ces signes de diabète insipide recueillis dans une observation par R. DUPUY et J. PAULHAC. Il n'est pas de laxatifs qui ne puissent mener à ces situations catastrophiques. Au premier rang, figurent ceux qui contiennent de la phénolphthaléine, mais tous ont des inconvénients, et BAUFILS a montré que l'huile de ricin était susceptible de déterminer chez les cobayes des lésions de la muqueuse intestinale et une atteinte de la cortico-surrénale. Les lavements eux-mêmes sont nocifs et leur usage inconsidéré a contribué à créer de toutes pièces une maladie factice d'entéro-côlite muco-membraneuse qui garde encore ses croyants.

Bien qu'on en parle aujourd'hui beaucoup, bien qu'il s'agisse d'une notion aussi banale que vieille, tout se passe encore trop souvent comme si l'on ignorait que la constipation peut être le retentissement sur le tube digestif d'un stimulus psychologique.

Il est paradoxal de constater que des notions d'observation courante et jadis fortement soulignées, n'ont pas tout de suite placé la constipation au premier rang des manifestations dites psycho-somatiques.

Il a fallu, en 1950, l'observation de CATTAN et LAFFITTE et la communication de DUPUY et CIRILLI, au Congrès de Bologne, en 1952, pour que la méthode psycho-somatique soit appliquée à la constipation. Cette méthode permet d'envisager un certain nombre de variantes cliniques de constipation. CATTAN, étudiant le rôle du psychisme dans la constipation, distingue de véritables formes cliniques dont la plus typique est celle de la jeune fille qu'il oppose à la forme de l'adulte

revêtant un caractère volontiers obsessionnel, s'apparentant même à une véritable psychose hypocondriaque, et à celle du vieillard la plus franchement psychiatrique.

J. SOULARD et M. DE M'UZAN retiennent chez les constipés trois aspects psychologiques un peu différents :

- 1) La constipation, maladie de la civilisation, apparaît seulement comme le résultat de l'emprise psychologique sur une fonction physique, la victoire de l'éducation policée sur un réflexe instinctif, processus lié au développement d'une dyschésie rectale trouvant son origine dans une perte de la sensibilité de la muqueuse rectale chargée d'avertir du besoin.

On conçoit qu'au maximum ce mécanisme puisse aboutir au fécalome.

- 2) La constipation, maladie conflictuelle, résulte du rôle de la tension émotionnelle continue causée par un milieu défavorable constamment présent (familial, ethnique, social, professionnel, culturel). A ces catégories, se réfère l'observation de CATTAN et la plupart de celles qui ont fait l'objet de la communication au *Congrès de Bologne*. Là se trouve posé le plus nettement le problème psychosomatique de la constipation, tant au point de vue interprétatif que thérapeutique.

- 3) Une troisième catégorie concerne ce que nous avons appelé les cas psychopathiques, où la constipation serait l'expression d'une fixation infantile ou de simples symptômes rattachés à un trouble plus général qui se situe dans la sphère affective et intéresse la personnalité dans son ensemble, demandant, si l'on en croit SOULARD et UZAN, pour être parfaitement mise à jour, le recours de la psychanalyse.

R. DUPUY et OULLIER notent dix fois sur douze l'existence d'un très gros fonds anxieux et, parallèlement dans les deux tiers des cas, un état dépressif incontestable.

R. DUPUY déclare :

« Faut-il se lancer dans tous les cas dans une explication freudienne de ces constipations et voir dans ce refus d'exonération l'expression d'un refuge dans la maladie ou, suivant une conception encore plus freudienne, une réaction de défense du moi ? C'est peut-être faire beaucoup d'honneur à la constipation qui, de symptôme, se voit érigée ainsi au rang de maladie et comparée à un phénomène aussi considérable que l'anorexie mentale. »

Plus modestement, certains voient dans ces cas un véritable conditionnement de l'individu créant, dans des conditions diverses, un

réflexe inhibiteur un peu comparable à ce qui se passe dans le cas de l'aphasie des anxieux. De toute façon, il faut admettre la primauté du syndrome anxieux d'une part, et d'autre part la difficulté qu'il y aurait à vaincre le réflexe conditionné une fois installé. N'est-il pas plus simple et plus naturel d'admettre qu'une incitation émotive, à partir du moment où elle est itérative, entretenue par un conflit exagéré, déformée par un fonds anxieux ou dépressif, aboutisse à un dérèglement permanent du système neuro-végétatif dont la constipation n'est qu'une des manifestations. Ce qui importe, c'est d'éliminer l'élément conflictuel et, du même coup, rétablir l'équilibre affectif et végétatif et ainsi déclencher la reprise normale des fonctions perturbées.

Le phénomène constipation reste un phénomène purement organique, mais son origine, au lieu d'être viscérale ou locale, est corticale et diencéphalique. Le fait que, dans certaines observations, on ait pu invoquer la fixation du trouble psycho-végétatif sur une lésion organique préexistante comme un doligo-sigmoïde n'est pas probant, car d'une part la présence d'une telle anomalie n'est pas la règle dans les observations rapportées, d'autre part on sait son origine fonctionnelle et il est plus logique d'y voir la conséquence du dérèglement neuro-végétatif que du trouble digestif lui-même, l'associant ainsi à toutes les autres manifestations digestives du type psycho-somatique.

Si l'on considère les premières étapes de la vie, en 1944, M. RIBBLE note une réaction du nourrisson au passage des selles après le premier mois environ.

Cette réaction pourrait être le premier pas vers une coordination entre les muscles diaphragmatiques et abdominaux. Chez les enfants qui sont laissés en abandon (enfants trouvés par exemple), l'intérêt et l'agitation, en rapport avec l'élimination de selles, sont exagérés. À un degré de plus, la stimulation par le passage des selles peut développer une tension qui commande la rétention des fèces chez les enfants non aimés, une exagération de la tension anale se retrouve presque invariablement et ils deviennent constipés. Le lavement, contrairement à ce que l'on attend, exagère la tension réductible par des soins généreux et des preuves d'affection.

Pour le même auteur, la tentative de demander la propreté à un enfant avant qu'il soit capable de s'asseoir sans danger ou qu'il ait une attitude émotionnelle positive envers la mère, ouvre la voie à une incontinence ultérieure et à des désordres émotionnels.

FAIN, en 1952, fait justement remarquer qu'une éducation sphinctérienne trop précoce est susceptible d'entraîner des troubles d'érotisation ou de rétention anale. L'attitude double de la mère qui combat

la constipation après l'avoir elle-même créée (par son dressage sphinctérien) est à même, suivant cet auteur, de provoquer une névrose presque expérimentale, au sens pavlovien. Si, au cours du développement instinctuel de l'enfant, cette éducation crée un défaut d'érotisation normal de la phase anale en face de la forte tension, il n'y a pas de possibilité d'ajournement des pulsions, mais tendance à maintenir le besoin de décharge immédiat qui caractérise le stade oral, d'où deux issues possibles :

- 1° suivant un mode d'expulsion immédiat tel que la diarrhée ;
- 2° ou suivant un mode hypertonique de striction (contractures musculaires, constipation) qui constitue à la fois une décharge ou une défense par blocage.

Ces vicissitudes de développement instinctuel expliquent les différentes modalités du réflexe ano-sigmoïdien inhibiteur étudié par Charles DEBRAY, en 1953.

L'irritation de la muqueuse anale chez l'homme, contrairement à ce qui se passe chez le nourrisson, entraîne une inhibition des contractures coliques et une chute du tonus pouvant remonter jusqu'au transverse.

Pour GRACE, WOLF et WOLF, la diarrhée et la constipation ont de profondes racines biologiques. Ce sont des modes de réaction protecteurs déclenchés par la menace d'un danger extérieur ou intérieur. Beaucoup d'enfants, au stade d'infection, sont atteints de diarrhée et vomissent par réaction contre l'invasion d'agents nuisibles, même si la région gastro-intestinale n'est pas touchée au premier abord. Ensuite, pendant un chagrin, dans un état d'irritation et de malaise, l'enfant fiévreux essaie de se protéger lui-même d'une manière générale en rejetant ce qu'il a pu ingurgiter par inadvertance. Presque toutes les menaces peuvent déterminer chez l'enfant un tel échantillon de délivrance par éjection. Par la suite, un sujet attaqué de front par des demandes écrasantes de l'entourage peut élaborer un modèle semblable de défense. Ainsi, une personne qui s'est chargée plus qu'elle ne le pourrait et se trouve dans une situation effrayante, peut avoir de la diarrhée. Considérant ensuite la réaction de l'organisme qui consiste en une hypofonction du tube digestif en face de drogues toxiques, ces auteurs envisagent la constipation comme un autre moyen de défense.

Pour eux, la constipation accompagnée de contractures musculaires est en contraste avec un état de terreur excessive frisant la panique et associée à la diarrhée. Dans les camps de prisonniers américains au Japon, par exemple, la constipation était un problème ordinaire pendant les journées fastidieuses et désespérantes de l'incarcé-

ration. Quand il y avait des fusillés, les épidémies de côlite se déclenchaient immédiatement. Ce modèle de délivrance par éjection mettant en branle une hyperfonction du gros intestin, associée à un relâchement sphinctérien, dominait. L'usage de la délivrance par éjection est un moyen pour l'individu d'agir figurativement envers une situation qu'il a essayé d'éviter et que, dans d'autres circonstances, il aurait affronté en se cramponnant avec une attente solide de l'attaque. Dans la constipation, au contraire, tout se passe comme si l'organisme affrontait le danger et luttait contre la crainte en s'accrochant avec fermeté ou attendait en état de tension une attaque qui tarderait indéfiniment. Cette attitude explique les sentiments caractéristiques du constipé, sorte de combinaison contradictoire, consistant à être à la fois tendu et fatigué, alerte et déprimé, combattif et découragé. Dans cette position d'alerte, non seulement les muqueuses des muscles lisses et les glandes sont intéressées, mais la musculature striée est aussi touchée. Nous avons vu au cours de psychothérapies brèves, pour des céphalalgies, la constipation disparaître en même temps que la céphalée, lorsque la situation transférentielle avait permis aux pulsions régressives de trouver une autre issue.

* *

Nous allons rapporter ici l'observation de Roger CATTAN et Victor LAFFITTE : "*A propos d'une constipation chronique guérie par la psychothérapie. Quelques aspects psycho-somatiques en pathologie digestive*".

Ceux-ci nous disent, en avant-propos :

« La médecine moderne insiste depuis longtemps sur les troubles fonctionnels qui atteignent l'organisme dans une ou plusieurs de ces régulations physiologiques sans que nos moyens de recherche puissent mettre en évidence, à l'heure actuelle, des lésions anatomiquement décelables. Ces troubles fonctionnels constituent souvent les premiers signes d'un processus pathologique qui, en se développant, pourra entraîner les lésions anatomiques constituées irréversibles.

« A cette pathologie fonctionnelle, on attribue le plus souvent comme mécanisme pathogénique une dystonie neuro-végétative. En réalité, cette dystonie nous apparaît à son tour sous la dépendance du système nerveux central, grand régulateur de l'ensemble des fonctions de l'organisme, aussi bien de relations que végétatives, humorales qu'hormonales.

« Depuis quelques années, on a insisté sur l'importance des facteurs psychiques dans l'éclosion et le développement d'un grand nombre de troubles morbides ; ce qui nous paraît sûr, c'est que

le processus pathologique ne se présente plus à nos yeux sous l'aspect un peu mécanique d'il y a cinquante ans. Nous savons aujourd'hui que la maladie touche l'ensemble de l'organisme, quoique à des degrés divers, et qu'entrent en jeu dans la détermination de sa physiologie et de son évolution, non seulement l'attaque extérieure (microbienne, toxique, mécanique) et la constitution individuelle (patrimoine héréditaire, modifications déjà subies au cours de l'existence, maladies antérieures, immunisation, phénomènes allergiques, etc.), mais aussi des facteurs psychiques mentaux traduisant les rapports entre le malade et le milieu (familial, social, professionnel et culturel) dans lequel il évolue.

« Sans remonter à HIPPOCRATE, la médecine classique et surtout l'école clinique française a toujours souligné le rôle des émotions, des facteurs affectifs, des conditions de vie dans l'évolution de certaines maladies ; ce qui est relativement nouveau, c'est la découverte de l'importance des facteurs psychiques dans l'étiologie des troubles fonctionnels, qu'il s'agisse des phénomènes algiques sous toutes leurs formes ou de certains troubles cardiaques, respiratoires, digestifs, urinaires, sexuels, ou voire dermatologiques. Nous ne voulons pas insister ici sur le mécanisme pathogénique dans la médecine psycho-somatique ; qu'il nous soit simplement permis de mettre en garde l'engouement immodéré pour les explications freudiennes qui ont accompagné le développement, surtout aux Etats-Unis, de la médecine psycho-somatique et que les faits cliniques vus dans une perspective scientifique ne permettent pas toujours de confirmer.

« Si les facteurs psychiques jouent un rôle certain, notamment ce qu'il est convenu d'appeler en psychologie de l'affectivité, c'est-à-dire le vaste domaine des émotions, ils agissent en tant que rapport du malade avec son ouvrage familial, professionnel, social. Il ne s'agit pas là uniquement d'une vue théorique, car les conséquences thérapeutiques en découlent. »

Il n'est pas du tout indifférent en présence de troubles fonctionnels dans l'éclosion desquels on retrouve des facteurs psychiques, d'orienter le malade vers la liquidation d'un hypothétique complexe d'Œdipe ou de lui permettre de guérir par une réinsertion sociale adéquate. Pour illustrer ces quelques considérations, Roger CATTAN et Victor LAFFITTE nous donnent l'observation suivante :

Marcelle B..., vingt ans, sténo-dactylo, est adressée par son médecin dans le Service, en janvier 1949, pour constipation chronique s'étant avérée rebelle à tous les traitements habituels. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Née de parents bien portants, Marcelle est fille unique. Rien de particulier dans ses antécédents personnels, une rougeole et une amygdaléctomie. Réglée à quatorze ans et normalement depuis.

— Elle ne peut pas préciser le début de ses troubles digestifs.

— Se rappelle toujours avoir été constipée, avoir absorbé de fortes quantités d'huile de ricin et pris d'innombrables lavements.

Intervention en 1946 pour appendicite chronique, amélioration passagère, puis accentuation de la constipation.

En septembre 1948, ictère fébrile ayant duré six semaines, à type d'ictère infectieux ; par la suite, aggravation nouvelle de la constipation.

Un examen radiologique, pratiqué en 1947, a montré un léger doligo-sigmoïde. Actuellement, et depuis un an surtout, constipation rebelle. La malade reste facilement quinze jours sans exonération. Sur ces troubles digestifs, viennent se greffer des préoccupations à caractère presque obsessionnel :

- la malade a essayé presque tous les traitements ;
- la gamme des laxatifs et purgatifs, y compris boldine, rectopaniline ;
- l'iohymbine par voie intra-veineuse ;
- la prostigmine ;
- la diathermie ;
- toutes sortes de lavements ;
- des infiltrations lombaires de novocaïne (quinze), etc.

L'ensemble de ces traitements semble non seulement n'avoir entraîné aucune amélioration, mais encore exacerbé depuis un an cette constipation rebelle.

Par ailleurs, rien à signaler au point de vue somatique. L'appétit est conservé, pas d'amaigrissement, pas de modifications de la courbe thermique.

Au point de vue psychique, intelligence sensiblement normale, la malade désire guérir.

En présence de ce tableau clinique et de quelques réticences, nous décidons de fouiller le fonds mental et proposons à la malade une narcose facilement acceptée.

— Le 17 février 1949, narcose sous privénal (1 g) ; dès le début du réveil, la malade répond facilement aux questions posées, donnant beaucoup de détails.

Le fait essentiel se dégage, c'est un état de tension dans les rapports familiaux : parents rigoristes habitant une petite ville de Seine-et-Oise, l'empêchant de se développer normalement et la surveillant de trop près dans ses moindres actions et déplacements, avec d'ailleurs les meilleures intentions. Elle s'ennuie, ne trouve pas de sujets de conversation avec ses parents âgés, n'a pas d'amis, ne sort pas. A son travail, dans une administration publique, elle n'est en rapport qu'avec de vieilles filles, ce qui ne la change pas beaucoup de l'atmosphère familiale, pas de perspective de changement, horizons limités, la possibilité du mariage est envisagée dans un avenir lointain et incertain.

Dans ces conditions, elle ne tient pas trop à la vie, mais n'a jamais envisagé de se détruire.

Complètement réveillée, la malade confirme les données obtenues sous narcose, pas de réaction émotive importante.

Nous revoyons la malade au bout d'une semaine et lui faisons prendre conscience de la cause réelle des difficultés qu'elle présente.

Les parents ne pouvant pas se déplacer, nous lui conseillons une explication franche avec eux.

Comme traitement, calcium avec suppression de tout laxatif.

Un mois après, la malade revient complètement transformée. Elle a eu des explications avec ses parents auxquels elle a transmis notre opinion quant à la cause de ses troubles. Les parents ont été très compréhensifs et lui accordent plus de liberté.

« Je commence à voir la vie en rose », nous déclare la malade. Elle fait des projets d'avenir, va au bal avec une amie.

Coincitant avec cette disparition de la tension familiale, disparition des troubles et préoccupations digestives ; sans prendre aucun laxatif, la malade va régulièrement à la selle, trois fois par semaine. Elle n'a plus de coliques, ne pense plus à ses fonctions digestives.

Nous avons revu la malade à plusieurs reprises et pour la dernière fois en février 1950. Les résultats acquis il y a un an se sont maintenus sans défaillance aucune. Elle a repris 3 kg depuis son retour de vacances. Elle ne prend plus aucun médicament et la constipation rebelle, pour laquelle elle était venue nous consulter il y a un an, n'est plus qu'un souvenir.

Ainsi, en agissant par psychothérapie sur la malade et son entourage familial, en changeant ses conditions de vie, une constipation tenace qui avait résisté à toutes les médications antérieures a pu être vaincue.

Cette observation nous rappelle là l'intérêt de voir les malades, surtout les fonctionnels, sous tous leurs aspects dans leur totalité.

Pour composer le tableau clinique de la maladie, le plus souvent les facteurs psychiques et biologiques s'intriquent en interaction réciproque.

Si notre malade a réagi à une situation familiale conflictuelle par la constipation, c'est certainement qu'un point vulnérable préexistait au niveau de son appareil digestif (doligo-sigmoïde), mais le mécanisme de la guérison prouve l'importance des facteurs psychiques, à condition d'envisager ceux-ci comme le reflet des conditions de vie familiale et sociale dans la carrière de l'individu.

A la conception analyste, mécaniste de la médecine du début du siècle, s'oppose de plus en plus une conception synthétique envisageant la maladie comme un déséquilibre fonctionnel et organique conditionné par des facteurs à la fois biologiques, psychiques et sociaux. Et la thérapeutique s'enrichit aussi, car pour obtenir la guérison, elle peut jouer sur un clavier beaucoup plus enrichi.

GRACE, WOLF et WOLF déclarent de leur côté, en parlant du constipé :

« C'est un sujet anxieux et souvent déprimé. Il est engagé dans son travail, assumant des responsabilités. Il ne montre pas de preuve extérieure de tension, mais il ressent l'effort. Il est lassé tout intérieur tendu, ennuyé, découragé. Il déclare qu'il doit se traîner avec peine, il est d'un caractère vif, instable et brusque. Il se plaint d'être découragé, mécontent et cependant, bien qu'il dise qu'il ne s'intéresse pas à son travail, il se cramponne à ses responsabilités, même s'il n'y trouve aucun avantage spécial. Il pense qu'il est désirable de rester sceptique. Il dort mal ; il est sans repos, il se plaint de céphalées, de raideurs, de douleurs musculaires diverses. Ces douleurs, comme ses sentiments de dépression et sa pauvreté d'esprit, sont attribuées habituellement à l'accumulation des fèces et de leurs toxines, ce qui est caractéristique du constipé, ce sont les combinaisons d'être à la fois sceptique et tendu, indifférent et sans repos, alerte et déprimé, se battant et découragé, cherchant à atteindre une détente qu'il n'est pas capable de vivre. »

Selon ALEXANDER,

« il y a une attitude défaitiste, faite de pessimisme et de méfiance, qui exprime le sentiment d'abandon et d'indifférence ressenti de la part de son entourage ».

Sous une forme plus accentuée, ces attitudes existent dans la paranoïa, aussi bien que dans la mélancolie grave. Le facteur affectif, qui joue un rôle dans la constipation psychogène, peut se résumer ainsi : « Je ne peux rien espérer des autres, par conséquent je n'ai besoin de donner quoi que ce soit, je dois garder ce que j'ai. » Cette attitude possessive, résultat de son sentiment d'abandon et de sa méfiance, se manifeste par un symptôme organique : la constipation. Les excréments sont retenus comme s'ils avaient une valeur réelle. On peut dégager ces caractéristiques dans les observations des auteurs français (CATTAN et LAFFITTE, en 1950 ; PUY et CIRILLI, en 1952). Un autre élément psychologique que l'on rencontre dans la constipation et qui est souvent fortement refoulé, est une attitude inconsciente d'agressivité et de dépréciation d'autrui. Cette réaction, qui peut être une réaction à un sentiment de rejet, est inhibée et refoulée, et s'étend jusqu'à la fonction excrémentielle qui représente inconsciemment une agression et un acte de souillure.

Nous pouvons enfin, pour terminer ce chapitre, considérer le problème d'une forme de constipation basse correspondant au tableau de l'obsédé fécal qui révèle une fois encore le profond retentissement que peut avoir dans la sphère psychique un dysfonctionnement quelconque de la sphère ano-rectale, ainsi que l'éducation sphinctérienne et le développement affectif de l'enfant.

L'OBSÉDÉ FÉCAL

Au cours du développement du nourrisson et après une première phase où les conduites alimentaires sont au premier plan dans la relation mère - enfant, il se produit une deuxième phase où l'attention de la mère se concentre sur l'éducation sphinctérienne, l'apprentissage de la propreté.

Une fois ce résultat acquis, les enfants ont pris l'habitude de réfréner l'appel à l'exonération intestinale ; on s'efforce alors aussitôt de leur enseigner à évacuer leur intestin chaque jour, même s'ils n'en ressentent pas le besoin.

Ces deux moments essentiels et contradictoires de l'éducation constituent aussi les étapes dans le développement affectif de l'enfant, c'est pourquoi les psychiatres leur accordent une grande attention. Plusieurs complications d'ordre psycho-somatique se traduisant par un dérèglement dans le fonctionnement intestinal, peuvent prendre en effet origine dans cette phase de la vie du nourrisson.

Dans la constipation dont les facteurs psycho-somatiques ont été si bien analysés par R. DUPUY, le résultat psycho-pathologique de l'éducation reçue dans la petite enfance comporte trois degrés cliniques :

- 1) *La laxophilie* : profondément convaincus que l'exonération intestinale constitue l'élément éventuel d'une bonne santé, bien des personnes consomment chaque matin le médicament nécessaire pour obtenir le résultat désiré. Les laxatifs contiennent neuf fois sur dix des drastiques et ne produisent pas une selle normale, mais un effet purgatif « fausse diarrhée ».
- 2) *La digestion intestinale consciente* : dans ce groupe, le malade décrit toute une série de symptômes attribués à la rétention intestinale et où le relais psychique est évident. Dès que l'exonération ne s'est pas produite un seul jour ou que la selle n'a pas l'abondance, la consistance ou la coloration voulue par le malade comme satisfaisante, le patient ressent du ballonnement, de la gêne abdominale, des nausées, des céphalées, il se prétend intoxiqué par les matières non évacuées.
- 3) *L'obsession rectale* : chez une troisième catégorie d'individus, la description des modalités de l'exonération et des manœuvres auxquelles se livrent ces individus pour se soulager, revêt des aspects où l'imagination et la fantaisie le disputent à la scatologie. Tel ingénieur vit son affection déclenchée par une opération abdomi-

nale, d'ailleurs parfaitement réussie, et il présentait triomphalement le graphique sur papier millimétré, indiquant pour le mois précédent le pourcentage de 5 à 95 % de la satisfaction obtenue après l'émission de la selle. Une autre fois, c'est une femme — combien les conjoints trop attentionnés sont redoutables — qui apportait la table du poids quotidien des matières fécales de son mari.

Les spécialistes sont harcelés par ces malades dont la névralgie ano-rectale est le terme le plus douloureux, mais le moins névrotique, qui insistent pour qu'on décèle à tout prix la cause locale de leurs malaises. Et ces malheureux courront chez le prochain proctologue quand le précédent aura prononcé le mot de psychothérapie (H. DEMOLE).

LA RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE INCIDENCE PSYCHOSOMATIQUE

La plus grande obscurité règne sur le mécanisme intime de la recto-côlite hémorragique. En fait, certains auteurs et non des moindres se demandent encore si elle est une entité clinique autonome ou si l'on ne réunit pas artificiellement sous son nom des faits d'essences différentes. Mais même pour ceux, et ils sont la grande majorité, qui reconnaissent qu'il s'agit, malgré la grande variété de formes cliniques, d'une seule maladie, la pathogénie en reste singulièrement obscure (R. CATTAN, BUCAILLE, CARASSO).

Plusieurs théories se sont affrontées pour expliquer le mécanisme de cette maladie. R. CATTAN distingue dans son exposé sur la recto-côlite hémorragique, deux grands chapitres qui peuvent être opposés quant à la pathogénie :

- 1° Le premier groupe faisant intervenir un ou plusieurs facteurs étrangers à l'organisme.
- 2° L'autre, celle qui laisse une part prépondérante à des perturbations intrinsèques, qu'elles soient acquises ou constitutionnelles.

Dans le premier cas, la théorie infectieuse apparut à de nombreux auteurs la plus séduisante. Par ailleurs, le rôle des carences a eu également ses défenseurs.

Dans le deuxième cas, les théories allergiques, nerveuses (théories neuro-végétatives, théories psycho-somatiques et conception cortico-viscérale).

Dans l'ensemble, ces différentes théories visent à montrer l'unité de la personne et la multiplicité des facteurs qui s'intriquent.

M. DE M. UZAN dit, en parlant de cette affection sur laquelle il a fait une étude approfondie à propos de 18 cas :

« La recto-côlite hémorragique peut se situer dans le groupe des affections à caractère psycho-somatique. De nombreux auteurs

s'accordent à trouver un terrain psychologique déficient chez les malades atteints de cette affection dans près de 50 % des cas.

« Lorsque l'on envisage l'étude psycho-somatique de cette affection, plusieurs points sont à considérer successivement. »

M. DE M. UZAN, BEAUFILS et LAMBLING déclarent à ce propos en préface à leur étude :

« Le terme d'étude psycho-somatique peut s'entendre de différente manière. Il est tout d'abord indiscutable qu'une affection d'évolution prolongée, souvent rebelle à la thérapeutique, retentit à la longue sur le moral du malade et l'incite à adopter un comportement psychologique particulier ; mais à l'inverse, il semble bien que certains états pathologiques, somatiques, puissent dépendre en partie dans leur genèse, ou de perturbations psychologiques, ou de la structure de la personnalité même du malade telle qu'elle s'est édifiée au cours de son histoire. »

La réalité expérimentale d'un tel phénomène a été parfaitement démontrée par les travaux de PAVLOV et de son école, mais c'est l'un des très grands mérites de FREUD d'avoir donné aux médecins une méthode permettant d'extérioriser une telle relation.

Le double échange qui existe donc entre corps et esprit aboutit à un comportement psychologique évidemment complexe dont l'écheveau est difficile à déceler. Certaines observations sont cependant si schématiques que la relation entre le choc psychologique par exemple et la survenue d'une maladie ne peut être niée, mais c'est là une anecdote qui, sans être dépourvue d'importance, n'objective que les couches les plus superficielles de la relation psycho-somatique.

L'établissement d'un lien plus solide n'est à la portée ni du praticien ni même plus généralement du somaticien quel qu'il soit. De nombreux entretiens, une méthode précise, une expérience sont indispensables et ne sauraient être le fait que d'un spécialiste qui doit pourtant rester en contact avec le somaticien. Tel est l'esprit qui a guidé le présent travail portant sur 18 cas de recto-côlite hémorragique ; cette affection rare et relativement bénigne en France avant la guerre 1939-1945, paraît actuellement plus fréquente et beaucoup plus grave.

Son génie évolutif est nettement plus agressif.

Devant elle, pourtant, nous nous trouvons absolument désarmés, réduits à quelques thérapeutiques symptomatiques ou poussés à envisager une exérèse mutilante.

Une meilleure connaissance du mécanisme intime de la maladie est une base fondamentale dans la recherche d'une thérapeutique efficace ; or, tant pour le gastro-entérologue que pour le psychologue

et le psychiatre, les liaisons psycho-somatiques paraissent dans cette affection particulièrement importantes. De nombreuses études ont été consacrées à un tel sujet. Pour notre part, nous avons recherché à établir notre propre expérience, à voir si elle recoupait les données précédemment établies par d'autres auteurs, enfin à tirer des éléments d'orientation thérapeutique. Cette étude, du fait même de la fragilité toute particulière de nos malades, n'a jamais comporté, sauf dans un cas de thérapeutiques psychanalytiques classiques, mais la concordance de nos résultats à travers nos observations, l'analogie des données observées avec celles constatées au cours des états dépressifs, nous ont permis d'établir solidement, pensons-nous, certaines bases d'interprétation. Les éléments psychologiques retrouvés ne sont pas en eux-mêmes spécifiques et ne créent pas à eux seuls la recto-côlite hémorragique.

Ils définissent néanmoins un terrain assez particulier sur lequel certains facteurs, sans doute encore inconnus, sont capables de provoquer une réaction dont le siège, la nature, l'évolution constituent la recto-côlite hémorragique.

L'étude considère plusieurs points :

LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE

On distingue les manifestations psycho-névrotiques et les troubles réactionnels.

A) MANIFESTATIONS PSYCHO-NEVROTIQUES

Elles existent antérieurement au début de la recto-côlite hémorragique. Ce sont essentiellement des troubles de la série dépressive. Le plus souvent, il s'agit de dépressions névrotiques. On trouve au premier plan des sentiments d'infériorité, de culpabilité, une dépendance importante à l'égard de l'entourage.

L'abord de thèmes en rapport avec l'abandon ou la mésestime déclenche souvent des crises de larmes au cours de l'entretien.

Des traits compulsifs, en règle générale discrets, sont assez souvent associés. Ce sont une certaine rigidité dans le comportement, une angoisse sociale, des vérifications répétées, des idées phobiques à caractère obsessif. Dans d'autres cas assez fréquents, on observe des manifestations à proprement parler psychotiques. Il s'agit de dépressions psychotiques nécessitant hospitalisation et traitement en milieu psychiatrique. Ces épisodes peuvent aussi bien précéder l'ap-

parition de la recto-côlite hémorragique qu'alterner avec ses poussées évolutives. Des troubles de la sexualité sont fréquents chez la femme surtout (absence totale de vie sexuelle ou frigidité).

B) TROUBLES REACTIONNELS

Ils s'expriment par une désadaptation sociale et familiale qui, dans la moitié des cas environ, précède l'apparition de la recto-côlite hémorragique.

La relation avec le médecin au cours de l'entretien est ambivalente, le versant négatif se manifestant surtout lorsque l'on aborde les difficultés émotionnelles du malade. Cette relation est également instable dans la mesure où le passage de la coopération à celui de l'hostilité peut se faire très brusquement à l'occasion de l'incident le plus insignifiant.

En résumé, le malade semble demander d'être aidé, craint d'être abandonné tout en restant vigilant, comme s'il allait être agressé. Il est bien évident que ce style réactionnel peut être parfois cherché dans des nuances.

C) CIRCONSTANCES DECLENCHANTES ET ATTITUDES DEVANT L'AFFECTION

La fréquence des circonstances déclenchantes, à l'origine de la maladie, a été reconnue par la plupart des auteurs.

Au premier plan, vient la perte objectale (deuil, abandon, éloignement réel ou symbolique); ce qui est décisif, c'est la dislocation de la relation affective avec une personne menant objectivement ou symboliquement un rôle essentiel, de faire front par un effort personnel à une situation nouvelle. Ce qui est déterminant, c'est la perte d'estime de lui-même que provoque chez le malade son sentiment d'incapacité à résoudre une difficulté.

Les autres circonstances déclenchantes : échec, problème sexuel moins fréquent, peuvent être apportées analogiquement au précédent au point de vue psycho-dynamique.

L'attitude devant la maladie est faite schématiquement de deux mouvements :

- selon le premier, le malade réagit sur le mode dépressif à l'affection grave et chronique dont il est atteint ;
- selon l'autre, il s'installe dans sa maladie et utilise la symptomatologie somatique, d'une part comme moyen d'attirer attention et amour, d'autre part comme zone psychologiquement neutre et communication avec autrui.

K.W. BERBLINGER et M.H. GREEHILL ont décrit cette substitution des symptômes somatiques à la communication verbale avec le thérapeute.

L'ENFANCE

Elle a été le plus souvent massivement perturbée. Mère frustrante et carence paternelle marquent profondément le développement de la personnalité de ces sujets qui très tôt donc ont déjà vécu : abandon, rejet, ambivalence affective, sentiments qui marquent plus tard leurs relations avec autrui.

STRUCTURE PSYCHOLOGIQUE BASALE

Il n'existe pas de spécificité vraie des facteurs psycho-dynamiques dans la recto-côlite hémorragique. Les divers caractères décrits ne définissent pas l'affection, mais la structure psychologique sur laquelle elle s'est développée. La parenté de cette structure avec celle des états dépressifs est manifeste et a été soulignée par divers auteurs dont SPERLING. Ce fait est encore illustré par la fréquence des épisodes dépressifs mineurs ou psychotiques alternant avec les poussées, ou les accompagnant. La régression psychologique se situe donc chez le sujet atteint de recto-côlite hémorragique comme chez les dépressifs au stade sadique oral. Cette régression implique une incapacité à supporté les frustrations et des visées incorporatives très culpabilisées sur l'objet perdu (FÉNICHÉL). Les tests projectifs (Rorschach et Tat) montrent de leur côté l'importance des phases dépressives traduisant l'existence de mouvements affectifs violents susceptibles de déborder les possibilités de contrôle du sujet. Le Tat traduit parfois une profonde hostilité envers la mère.

La recto-côlite hémorragique est une maladie dont l'étiopathogénie est difficile à préciser, comme le montrent les rapports au *Congrès de Bruxelles* sur cette affection, en 1950. PORTES (1949) en donne une explication psycho-génétique.

Les perturbations psychologiques ont une action sur la région recto-colique intéressée par l'intermédiaire de l'hypothalamus, puis des nerfs sacro-pelviens para-sympathiques. Les stimulations exagérées transmises par ces nerfs produisent un titre plus élevé en lysozyme. La perte de protection de la muqueuse qui s'ensuit permet l'action de la trypsine pancréatique et des bactéries : des ulcérations en résultent alors. GRACE, WOLF et WOLF signalent que chez deux de leurs sujets fistuleux, une tension affective prolongée fut associée à l'apparition de lésions pétéchiales, et chez trois à l'augmentation de

fragilité de la muqueuse. L'apparition d'érosions muqueuses et d'ulcérations fut observée chez un sujet avec recto-côlite hémorragique pendant une période de conflit soutenu avec sentiment d'hostilité de frustration. Ces lésions rétrocedèrent durant une période relativement libre de conflit. Ils remarquent également au sigmoïdoscope l'apparition de lésions pétéchiales pendant des crises anxieuses, chez des malades atteints de recto-côlite hémorragique.

Ces conceptions éclairent d'un jour nouveau certains problèmes et montrent, sinon l'exclusivité, du moins l'importance de facteurs psychiques susceptibles d'être retrouvés également dans certains tableaux aigus : il s'agit non seulement de pseudo-occlusion aiguë par immobilisation du diaphragme, mais encore d'occlusion dynamique confirmée après laparotomie.

La recto-côlite hémorragique s'apparente plus franchement à la diarrhée, mais plusieurs auteurs ont insisté sur le fait que les malades qui en sont atteints diffèrent des autres colitiques par l'organisation narcissitique de leur personnalité. DANIELS, en 1948, y trouve une tendance auto-destructrice. LINDERMAN, en 1945, a été étonné de l'appauvrissement des relations inter-humaines de ces malades.

Pour GRACE, WOLF et WOLF, les malades sont souvent amicaux, souvent d'une grande propreté, parlant difficilement d'eux, n'aimant pas être plaints, ayant peur de déplaire et craignant l'hostilité des autres. Ils ont des difficultés à prendre leurs responsabilités, ils font parfois ce qu'ils ne veulent pas faire pour plaire, d'où un ressentiment. Ils ont une vie sexuelle pauvre, il y a surdépendance envers la mère ou ses substituts. GROEN pense qu'il y a immaturité émotionnelle, fixation à la mère, crainte du père chez l'homme, forte fixation au père chez les femmes qui ont de graves difficultés à admettre leur hostilité sur la mère. D'après la plupart des auteurs, il s'agit d'une organisation émotionnelle, prégénitale avec prévalence de caractéristique anale et dépendance par rapport à la mère, d'où ambivalence qui se résout par le refoulement des impulsions sadiques hostiles.

Selon MELITTA, SPERLING (1946), la recto-côlite hémorragique est une dramatisation somatique de la mélancolie. L'organisme est attaqué par l'objet symboliquement incorporé, hostile, agressif, et essaie de s'en libérer par une décharge anale immédiate. Dans une observation citée par PRADDOCK, LINDERMAN interprète cette maladie comme le rejet d'un objet perdu (dans ce cas, il s'agit d'un enfant mort d'un cancer), mais « incorporé » par la mère, puis ressenti ensuite comme dangereux, objet dont l'organisme doit alors se débarrasser figurativement par la diarrhée.

ALEXANDER critique cette symbolisation qu'il considère comme une utilisation des symptômes par l'inconscient. Pour lui, le caractère

narcissique de la recto-côlite hémorragique n'a pas la valeur diagnostique qu'on veut lui prêter. Il y a encore ici frustration de tendance orale, passive, captatrice. Deux facteurs sont nets dans le développement de la maladie et ses rechutes. Le premier est la frustration de la tendance à accomplir une obligation, que ce soit d'ordre biologique, moral ou matériel (naissance d'un enfant, obligations pécuniaires); le second est la frustration d'une ambition dans le cas où la réalisation de celle-ci exigerait une dépense concentrée d'énergie quand le sujet doit faire face à une situation qui exige des actes auxquels il ne se sent pas préparé. Il y a frustration. Pour l'enfant, l'acte excrémental signifie la restitution d'un objet qui est cher d'une part et la réalisation d'un acte de l'autre. Toutes les fois que la nécessité ou le besoin de donner surgit ou que la réalisation d'un acte est entravée, le malade réagit par une inhibition névrotique, par une régression à la forme anale de don et d'action, et acquitte ainsi cette obligation. Ce schéma psycho-dynamique est valable pour toutes les diarrhées.

MELITTA et SPERLING considèrent la diarrhée en général comme une tentative de la part du malade de se séparer de l'objet dont il a besoin (mère ou substitut), auxquels il s'attache et auxquels il renonce somatiquement dans la diarrhée. Mais il n'a pas résolu le conflit émotionnellement et il persiste en réalité dans ses attitudes d'abandonné. La rage impuissante devant le manque de secours conduit le patient à se remonter lui-même par des actes ou des paroles, à chercher et à exercer un contrôle impossible sur l'objet dont il ne peut se séparer ou se détacher émotionnellement. Il s'en défait en le réduisant à des excréments, en le chassant de façon répétée. Il n'y a aucun sentiment de culpabilité, la fonction étant fournie somatiquement par la souffrance que le symptôme apporte.

Voici deux observations qui tentent à montrer la grosse participation des structures nerveuses supérieures et l'intérêt de traiter le système nerveux central dans cette affection.

DEUX CAS DE RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE
TRAITES PAR LE SOMMEIL
(*Observation de Michel SAPIR et Max LÉVY*)

• PREMIER CAS

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui présente depuis huit ans des crises répétées et caractéristiques de recto-côlite hémorragique, résistant aux sulfamides, antibiotiques, vitamines A et au repos. La première crise est survenue quelques jours après un conflit familial grave; la dernière en date, après un changement de situation récent, et un surmenage intense durant plusieurs mois.

Nous l'examinons en avril 1952, très amaigri (53 kg pour 1,72 m). Malgré le repos, la température oscille entre 37°5 et 38°8. Il a quinze à vingt selles séro-sanglantes par vingt-quatre heures, purulentes et riches en mucus. La recto-sigmoïdoscopie, fort pénible, ne permet aucun doute. Le laboratoire indique une anémie modérée (3.200.000) et une leucocytose à 14.600. Il s'agit d'un sujet hyper-nerveux, exalté, ne dormant que trois à quatre heures par nuit, tantôt excité et logorrhéique, tantôt très abattu et taciturne. Le traitement institué est classique : vitamine A en lavements et en intra-musculaire, vitamine B *per os*, salazopyrine, auréomycine puis terramycine, petites doses d'amytal sodique.

Après quinze jours de traitement et de repos, l'état reste pratiquement inchangé, seule la température est stabilisée à 37°5-37°9. La recto-sigmoïdoscopie ne décèle aucune amélioration. Le lavement baryté ne montre aucune lésion spécifique, mais une côlite irritative avec deux minuscules diverticules du transverse (cet examen n'a pu être fait que sous action de potentialisation, 4560 RP et barbituriques associés).

En désespoir de cause, nous décidons une cure de sommeil ; l'excitabilité, l'insomnie constituent presque des contre-indications à la cure. Nous sommes obligés d'atteindre 0,80, puis 1, puis 1,20 d'amytal sodique par vingt-quatre heures, associé à 50 mg de potentialisateur. Le malade dort six heures, puis dix heures le troisième jour, puis entre quatorze et dix-huit heures du quatrième au huitième jour. Le neuvième jour, il répond paradoxalement aux drogues ; les fortes doses d'amytal, et plus encore le potentialisateur, créent un état crépusculaire avec hallucinations et logorrhée. Nous commençons le sevrage et faisons sortir le malade le quatrième jour.

Dès le troisième jour de la cure, le nombre des selles se réduit à trois par vingt-quatre heures ; elles ne sont plus sanglantes et purulentes, elles sont molles mais encore couvertes de mucus. Les douleurs abdominales ont disparu ; l'appétit est revenu.

Du sixième au neuvième jour, la constipation est absolue : aucune émission de glaire ou de sang. Puis, du neuvième au quatorzième jour, on constate la reprise d'une défécation normale. Microscopiquement : présence de pus et de sang (le malade mange 250 g de viande).

Une rectoscopie, pratiquée le quatorzième jour qui suit le début de la cure, est entièrement normale. L'état général s'améliore. Le malade a repris 1.700 g pendant la cure.

Après quinze jours de convalescence et sans aucun traitement, il reprend son travail. Revu trois mois plus tard, il est apparemment guéri, il a encore gagné 5 kg de poids, il a une selle quotidienne normale (macro et microscopiquement), la rectoscopie est normale. Formule et numérations sont normales. Actuellement, dix-sept mois après la cure, la guérison persiste.

• DEUXIÈME CAS

Il s'agit d'une femme de quarante ans, dont la première crise de recto-côlite hémorragique remonte à mars 1952. Après l'échec d'un traitement par les anti-infectieux et l'ozone, elle est vue par un proctologue éminent, qui confirme le dia-

gnostic et prescrit un traitement intense à la vitamine A. Celui-ci apporte un mieux rapide, mais passager (un mois).

Lors de notre examen, la rectoscopie révèle des lésions très prononcées et étendues. L'état général, l'appétit sont bien conservés. La malade se plaint d'une constipation chronique, opiniâtre et de douleurs vives le long du descendant et du sigmoïde. Elle émet spontanément, cinq à six fois par jour, des petites quantités de sang et de glaires. Les examens de laboratoire, les investigations radiologiques sont négatifs. Il s'agit d'un sujet très émotif, anxieux, mais dormant bien.

Elle est soumise d'une manière continue au bismuth, aux mucilages, à un traitement polyvitaminé, associé aux antibiotiques (pénicilline, terramycine), puis aux sulfamides. Elle est également mise au repos, allongée quinze heures sur vingt-quatre. Malgré cela, la poussée de recto-côlite se poursuit. Les émissions de sang deviennent plus fréquentes. Les lésions s'étendent (rectoscopie). La cortisone *per os* (1,5 g de cortisone), associée au repos, au régime et au bismuth, améliore nettement son état, mais de façon temporaire. Il persiste dix à quinze émissions sanglantes par vingt-quatre heures, des douleurs abdominales intenses rendant le palper difficile.

Sur la demande même de la malade, une cure de sommeil est instituée. Elle dure douze jours, suivie d'une période de sevrage de huit jours et d'une convalescence de un mois.

La cure se passe sans le moindre incident. Dès le troisième jour, toute douleur a disparu. Les émissions sanglantes cessent le cinquième jour.

A son retour de convalescence, la malade est en parfait état et ne continue comme médication de sa constipation que le bismuth et les mucilages.

Depuis neuf mois, on ne note aucun trouble. Cinq rectoscopies ont été parfaitement normales. Seule, la dernière, malgré l'absence de signes, a montré, le 30 octobre dernier, un minuscule point hémorragique unique sur une muqueuse par ailleurs entièrement saine. Depuis un mois d'ailleurs, la malade a eu de nombreuses contrariétés et dort moins bien.

PSYCHISME ET ALGIES ANO-RECTALES

Les malades qui nous occupent consultent le plus souvent pour des algies.

Mais en raison de leur caractère particulier, il est difficile de les mettre dans un cadre nosologique précis. Ce sont des patients qui se plaignent de douleurs vagues, non influencées par la défécation. L'examen physique est strictement négatif. Suivant leurs antécédents, ces malades sont étiquetés : proctalgies fugaces, coccygodinies ou névralgies anales vraies. Ceci en toute bonne foi, car on retrouve chez eux assez souvent des algies rhumatismales incontestables, une côlite ou un traumatisme sur le coccyx. Mais, en réalité, ces étiologies ne suffisent pas à expliquer l'intensité de leurs douleurs et il est souvent nécessaire de préciser le profil psychique de ces malades en raison de l'inefficacité des thérapeutiques. Il s'agit souvent de névrotiques en puissance, de déséquilibrés neuro-végétatifs, maintes fois stressés par la vie sociale (Docteur MILSTEIN).

On retrouve chez eux avec assez de fréquence une immaturité sexuelle et sociale. Chez d'autres, il est facile de mettre en évidence un choc affectif, une inadaptation sociale ou familiale, ou un état conflictuel permanent entretenu par les exigences professionnelles.

L'activité sexuelle est souvent perturbée, l'étiologie psychique de leurs troubles ne peut être évidemment affirmée que s'ils s'aident à un traitement uniquement psychothérapique, ou tout au moins s'ils sont améliorés par cette thérapeutique.

Un autre argument étiologique pourra être mis en évidence lorsque le trouble fera son apparition en même temps qu'un choc émotionnel ou un conflit familial et disparaîtra avec lui. Essentiellement subjectifs, ces syndromes ne pourront pas être affirmés avec trop de facilité. Chez un malade qui souffre de la région ano-rectale, il faut avant tout éliminer une affection organique. L'histoire peut être typique d'une lésion caractérisée, et le proctologue n'a guère de peine à différencier la douleur de la fissure anale en trois temps déclenchée par la défécation, de celle de l'abcès pulsatile et lancinant, ou de celle de

la thrombose hémorroïdaire externe brutale, puis permanente à caractère de tension. L'histoire peut être moins précise et c'est l'examen qui décèle une cryptite, une papillite, une thrombose sus-hémorroïdaire. Dans tous les cas, la douleur provoquée par la pression sur la lésion apparemment responsable doit rappeler en tous points celle spontanément rencontrée. Cette étude s'adresse à un certain nombre de malades qui souffrent et chez qui l'examen clinique le plus minutieux, comme nous l'avons dit, demeure négatif.

Nous allons tâcher de définir séparément la névralgie anale, la proctalgie fugace, la coccygodinie, avant de donner les quelques observations montrant l'intervention du psychisme au cours de ces syndromes.

Nous étudierons d'abord la traduction clinique et la pathogénie de la proctalgie fugace et de la coccygodinie, syndrome dont les bases et les frontières sont les mieux définies.

LA PROCTALGIE FUGACE

C'est sans doute le syndrome le plus facile à reconnaître, et pourtant c'est seulement en 1935 qu'il fut individualisé par le Danois S. HESSTHAYSEN. Peu de modifications ont été apportées à sa description.

Le patient, homme ou femme avec une égale fréquence, consulte pour des crises douloureuses endo-anales se répétant à intervalles espacés entre lesquelles il ne souffre absolument pas. L'interrogatoire peut être mené avec les mêmes précisions que pour un ulcère du duodénum, tant l'histoire est schématique. Comme l'a écrit ARNOUS, il n'est pas un malade qui ne nous ait marqué son étonnement de voir ses malaises reconnus d'emblée et étiquetés. La crise débute en règle générale dans la deuxième partie de la nuit, d'abord assez vive pour réveiller le malade d'un profond sommeil, elle atteint en quelques minutes son point culminant. La douleur est alors violente, intolérable, comparée à une vrille, à une crampe, plus rarement à un gonflement excessif du rectum, jamais à des élancements ou à des brûlures. Le malade, anxieux, pâle, couvert de sueur, cherche un soulagement, tantôt en se recroquevillant immobile dans son lit, tantôt en s'agitant vainement. Quel qu'en soit le type, ce qui en caractérise la douleur est son siège et son évolution. Elle est située non au bord de l'anus, mais profondément à bout de doigt, à une hauteur relativement constante pour tous les malades. L'évolution est rapidement favorable. La crise dure habituellement dix à quinze minutes, parfois une demi-heure, exceptionnellement au delà d'une heure, laissant le

malade endolori et épuisé qui s'endort pesamment. La répétition des crises est imprévisible. Il est rare toutefois de compter plus de quatre à cinq crises par an. Pour certains auteurs, elles seraient en réalité plus fréquentes si l'on compte les crises minimales ou abortives dirigées par les malades. Dans tous les cas, elles s'espacent avec l'âge pour disparaître chez le vieillard. Les circonstances déclenchantes sur lesquelles on a récemment insisté : excitation sexuelle, traumatisme affectif, surmenage physique, sont très inconstantes.

Entre les crises, l'état du patient est excellent. Il ne souffre pas. Ses selles sont plus ou moins régulières et n'entraînent pas un rappel de ses douleurs, aucune anomalie organique ne peut être retrouvée. Le canal anal est normal. Il est bien banal de découvrir une couronne hémorroïdaire, mais aucun point douloureux précis, aucun prolapsus important ne peut être retenu.

La rectoscopie montre une muqueuse normale sans glaires, sans pus, ni sang.

Si le fonctionnement de la charnière recto-sigmoïdienne est difficile, les douleurs que cette manœuvre provoque n'ont rien de comparable avec les douleurs plus bas situées. La sensibilité cutanée de la marge anale est normale. Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux, plutôt vifs que diminués. Ce n'est souvent qu'orienté par des considérations pathogéniques que l'on peut retrouver, inconstamment d'ailleurs, une zone sensible à la pression, à la partie supérieure de l'anus sphinctérien dans la région des releveurs. En tous cas, les malades reconnaissent que c'est le siège de leurs douleurs.

En conclusion, l'examen clinique ne peut retenir aucun signe absolu ni constant. La pathogénie de la proctalgie fugace est discutée pour la plupart des auteurs ; il s'agirait d'une crampe musculaire intéressant soit le releveur, soit la musculature lisse du rectum au niveau du sphincter pelvi-rectal, épanouissement des fibres circulaires décrites à la jonction du rectum et du sigmoïde (R.M. EWIN). Pour d'autres, il s'agirait d'une inter-susception transitoire du sigmoïde dans le rectum. La douleur s'expliquant par cette seule invagination ou par son association à une crampe des releveurs qui l'incarcérerait momentanément.

L'examen en pleine crise qui a été pratiqué d'une façon heureuse par BOLEN dans trois cas, n'a pas réussi à départager les uns et les autres. BOLEN a constaté en effet, par rectoscopie, une congestion de la muqueuse rectale, une pression à la zone centrale des releveurs, une difficulté à franchir la zone recto-sigmoïdienne et un soulagement des douleurs au passage de cette zone avec évacuation de quelques gaz : tous ces signes, en effet, peuvent appuyer l'une ou l'autre de ces théories.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la sensibilité des terrains sur lesquels apparaît ce syndrome. Ce sont des anxieux, des hyperémotifs, des scrupuleux au système neuro-végétatif déséquilibré. Il n'y a donc qu'un pas à franchir pour que la proctalgie fugace soit considérée comme une affection psycho-somatique, et le rôle reconnu de la sexualité ajoute dans cette théorie des détails assez inconstants, mais qui ne manquent pas de pittoresque.

LA COCCYGODYNIE

Elle est plus anciennement connue que la proctalgie fugace. Il ne semble pas inutile, à cause de l'importance croissante accordée à ce syndrome dans les proctalgies, de préciser ces limites. Il faut entendre sous ce terme exclusivement les douleurs du coccyx, de l'articulation sacro-coccygienne et surtout du fibro-ligamenteux coccygien. La coccygodynie se traduit en clinique essentiellement par un syndrome de posture, donc bien différent du tableau de la proctalgie fugace.

La douleur, fait essentiel, apparaît ou s'exaspère au cours de certains mouvements. Un malade atteint de coccygodynie s'assoit avec précaution, il se tient tantôt sur une fesse, tantôt sur l'autre. Il se lève avec appréhension. Par contre, la douleur n'est pas notablement influencée par la défécation.

La douleur est située non à l'anus, mais dans la région coccygienne où l'examen doit retrouver deux signes essentiels :

— La douleur à la pression du coccyx, qui doit rappeler celle spontanément ressentie.

— La douleur à la mobilisation du coccyx, recherchée en faisant jouer le coccyx sur son articulation entre l'index introduit dans l'anus et le pouce de la même main. A propos, rappelons, pour éviter une erreur d'interprétation, que la pointe du coccyx est normalement mobile d'avant en arrière suivant un angle de 30° et latéralement sur 1 cm environ de chaque côté de la ligne médiane : la mobilité du coccyx n'est donc pas synonyme de dislocation. Le reste de l'examen est négatif. Les clichés radiologiques du coccyx de face et de profil ne montrent qu'exceptionnellement une anomalie qui puisse être attribuée à un traumatisme ancien.

Deux hypothèses pathogéniques peuvent être soulevées : la pathogénie classique invoque un traumatisme ou une affection rhumatismale de l'articulation sacro-coccygienne. Rarement, il s'agit d'un grand traumatisme. Dans cette éventualité, la coccygodynie a suivi sans intervalle libre l'accident. Plus souvent, le traumatisme est plus discu-

table, lointain, sa responsabilité est difficile à prouver en l'absence de lésions radiologiques évidentes. L'arthrite sacro-coccygienne semble vraisemblablement en cause dans de nombreux cas favorisés peut-être par des micro-traumatismes.

Récemment, un auteur nord-américain a soutenu que ces causes seraient plus rares dans le syndrome décrit. La douleur proviendrait de la mise sous tension continuelle de l'articulation sacro-coccygienne par une contracture uni ou bilatérale des muscles s'insérant sous le coccyx.

LA NÉVRALGIE ANALE

Une remarque nosologique importante s'impose dès l'abord sous le terme de névralgie anale qui doit en effet comprendre une douleur naissant et s'irradiant le long d'un nerf ; de plus, une véritable névralgie est caractérisée par son association à des signes objectifs intéressant la motilité de certains muscles ou la sensibilité de certains territoires. Les névralgies anales, ou ce que l'on entend habituellement sous ce nom, n'ont pas la rigueur de ces définitions. Il faut reconnaître cependant que l'incertitude sur la pathogénie des douleurs dites névralgiques n'incite pas à l'heure actuelle à changer d'étiquette. Cette restriction admise, qu'entend-on habituellement sous le nom de névralgie anale ?

Ce sont des douleurs qui, indubitablement, ont une physionomie clinique particulière. Ce sont des élancements douloureux ou bien des brûlures, ou encore des sensations plus sourdes de pesanteur, de grouillement que les malades situent essentiellement à l'anus. Ce sont donc des douleurs anales plus qu'ano-rectales. Elles sont capricieuses dans leur intensité, dans leur fréquence suivant les fatigues, le surmenage, les chocs émotifs. Elles n'ont pas d'horaire particulier. Elles ne sont influencées ni par la défécation, ni par la posture.

Surtout, elles évoluent sur un terrain particulier de sujets au système neuro-végétatif instable et déséquilibré. Souvent des femmes qui ont eu une hystérectomie, et, fait curieux, les douleurs anales ne sont apparues qu'après un intervalle libre de six mois environ après l'intervention. Dans d'autres cas, il s'agit de femmes atteintes de lésions inflammatoires ou cicatricielles des organes génitaux, l'atteinte des paramètres semblant plus responsable que celle du col et moins que celle du corps utérin. Chez l'homme, les névralgies anales sont plus rares ; elles se voient au cours ou au décours plus ou moins lointain d'infections du carrefour uro-génito-prostatique. Plus rarement, l'interrogatoire et l'examen clinique ne pourront retenir aucune de ces étiologies.

Pour A. BENSAUDE, nombre de névralgies anales seraient en réalité des coccygodynies à forme rectale pure. Certaines influences posturales devraient y faire songer, même en l'absence de douleurs coccygiennes proprement dites. La clé du diagnostic serait la douleur provoquée à la mobilisation du coccyx et à la pression de l'interligne sacro-coccygien.

Il apparaît donc que les névralgies anales rassemblent des affections disparates : dans certains cas, il s'agirait de douleurs projetées à partir d'une affection pelvienne de voisinage ou des séquelles d'un traumatisme accidentel ou opératoire ; dans d'autres cas, il s'agirait d'une irritation du plexus sacré à partir d'une affection lombaire par exemple, mais ce qu'il faut retenir, c'est également l'importance de la notion de terrain. Ces malades sont de grands anxieux. La cancérophobie est de règle. La crainte du cancer majeure indubitablement les douleurs, les provoque et les entretient. Rassurer ces malades par des examens répétés et soigneux améliore déjà leur état dans une certaine mesure.

Afin d'illustrer ces faits assez vagues en eux-mêmes et assez pauvres en symptomatologie physique, nous rapporterons trois observations prises à trois étapes de la vie affective. La première concerne une jeune mariée délaissée. La seconde, une femme à la ménopause dont la vie fut une succession d'états conflictuels ou d'états de dépendance. La troisième a trait à une très vieille dame dont la psychose se centra sur la sphère ano-rectale, à la suite d'un malencontreux lavement, source de tous ses maux.

• PREMIÈRE OBSERVATION

Madame R... a vingt-deux ans. Elle vient consulter le Docteur MILSTEIN, le 28 février 1955, envoyée par son médecin, pour douleurs anales sans aucune spécificité. Elle se plaint en effet de violentes douleurs anales empêchant le sommeil, non rythmées par la défécation et apparaissant sans aucune cause déclenchante. L'examen est presque négatif. Il n'existe pas de contracture des releveurs. Tout au plus, peut-on mettre en évidence une anite hémorroïdaire légère, et un état fissuraire ancien cicatrisé ? Mais il s'agit de lésions très minimes sub-normales et n'expliquant pas le syndrome hyper-algique dont elle se plaint. Nous lui faisons sans grand succès de la haute fréquence intra-rectale, et au cours d'une de ces séances où elle vient sans sa mère, elle nous déclare que ses douleurs sont apparues au début de son mariage, ainsi d'ailleurs qu'un certain degré d'oligoménorrhée. Sans succès, nous la renvoyons à son médecin, en réaffirmant le caractère négatif de l'examen et en suggérant une enquête dans le domaine psycho-génital qui ne sera d'ailleurs pas effectuée. Quatre ans plus tard, nous revoyons un ami de la famille qui nous contera que le ménage allait mal, qu'en février 1955, époque où

nous la suivions, le mari avait quitté le domicile conjugal. Quelques mois plus tard, une grande amélioration avait suivi le retour de l'époux au foyer. La guérison complète était survenue avec la venue d'un enfant sans aucun traitement.

Il s'agit ici d'un cas psycho-somatique net de névralgie anale pure.

• DEUXIÈME OBSERVATION *

Madame D... Suzanne, quarante-neuf ans, est connue dans le Service depuis le 9 avril 1956. Elle a consulté à plusieurs reprises pour des phénomènes hémorroïdaires très banaux à titre de rectorragie avec anite congestive ; déjà à cette époque, on avait constaté une mobilisation douloureuse des pièces coccygiennes, mais elle n'avait aucune douleur spontanée à ce niveau.

Ces dernières années, sa santé a été ébranlée par divers syndromes plus ou moins organiques :

- un ulcère du bulbe très probable, traité depuis 1948 ;
- des métrorragies sans cause bien définie ;
- il y a deux mois, une hématurie dont l'étiologie n'a pas été reconnue.

Elle revient consulter, le 17 mars 1960, pour des douleurs importantes que rien ne calme, apparues il y a trois semaines. Elle se plaint d'algies de l'hypogastre et de l'anus, spontanées, constantes, nocturnes, s'accompagnant de faux besoins. Elle se plaint également d'une sensation de fer rouge intra-rectale. Elle accuse en plus une impression de congestion vésicale et génitale.

Diverses thérapeutiques sont instituées après les examens systématiques d'usage qui s'avèrent tous négatifs : ultra-sons, vitamines B1-B12, suppositoires vitaminés, pommade phényl-butazone, *in situ*. Elle n'est strictement calmée par aucune thérapeutique, même temporairement. Devant ces faits, nous la confions au Docteur LAFITTE. Ce dernier recueille les renseignements suivants :

Son père a été très sévère pour elle dans l'enfance. Il était particulièrement autoritaire. Elle a constamment vécu avec la peur de son père, même mariée.

Le premier mariage, à dix-huit ans et demi, fut très mauvais. Son conjoint, très brutal, exigeait d'elle des rapports sodomiques. Il fut d'ailleurs condamné pour viol au cours de ce mariage qui dura douze ans. Elle divorce. Ensuite, elle a une liaison de trois ans où l'accord physique avec le conjoint fut très bon. Malheureusement, ce dernier était éthylique, elle dut rompre.

Par ailleurs, elle a eu une fille de son premier mariage, qui fut constamment malade. Elle dut, de ce fait, travailler pour deux jusqu'à ces dernières années, d'où un surmenage important aggravé par les chagrins et les premiers signes de la ménopause. C'est sur ce terrain qu'apparaît, en 1952, l'ulcus duodénal.

Après quelques séances de psychothérapie douce où elle a raconté sa vie, elle souffre beaucoup moins de la sphère ano-rectale.

Néanmoins, au cours de l'interrogatoire, on ne retrouve pas l'élément déclenchant la fixation sur la région anale, en février 1960. Peut-être faut-il incriminer la coccygodynie antérieure ou une crise hémorroïdaire particulièrement importante.

(*) Malade du Docteur MILSTEIN.

● TROISIÈME OBSERVATION *

Madame B..., quatre-vingts ans, casse en 1957 une canule à lavement dans son rectum. A la suite de ce petit accident sans aucune suite, la malade fixe ses prédispositions névrotiques sur la sphère ano-rectale. Sa psychose l'amène à consulter un proctologue qui décide d'intervenir : hémorroïdectomie sous dilatation anale.

A la suite de cette première intervention, apparaissent des douleurs ano-rectales de deux types :

- des brûlures profondes dans le canal anal et dans le rectum qu'elle localise à gauche. Elles s'accompagnent d'irradiations inguinales et fessières spontanées ;
- des douleurs provoquées, dit-elle, par la marche et la station assise. Par contre, la défécation reste toujours indolore.

Ultérieurement, sa psychose prenant une certaine importance, elle est traitée à Nice par des électro-chocs.

Elle revient à Paris début 1958. Elle se plaint toujours de la présence de sa canule qui serait incluse dans la paroi rectale. On abonde dans son sens et on l'opère à nouveau pour un soi-disant abcès intra-mural provoqué par la canule. On ne trouve rien.

Elle est traitée sans aucun résultat par la radiothérapie et différents médicaments. Au mois de juillet 1958, un proctologue lui assure que sous anesthésie générale la canule sera enlevée. On lui montre à son réveil une canule, malheureusement la mise en scène rate, la canule présentée était d'un autre modèle. Ce subterfuge psychothérapique déclenche en plus un syndrome revendicateur vis-à-vis de ce praticien trop dévoué.

On la met alors au palfium, ce qui la calme, ainsi que les opiacés. Malheureusement, elle a tendance à sombrer dans la toxicomanie et à appeler les médecins qui ne la connaissent pas pour obtenir des bons de toxiques.

Elle est vue en novembre 1958 par A. BENSUADE. Ce dernier ne sent toujours pas la canule, mais constate une indiscutable contracture douloureuse du releveur. Il n'existe par contre aucune autre lésion ano-rectale.

Pour essayer de calmer cette malheureuse, ce dernier feint d'abonder dans son sens à nouveau et tente des moyens psychothérapiques. On lui laisse croire qu'effectivement on sent très bien la canule, mais que l'on ne peut procéder à une extirpation pour des raisons anatomiques, mais que ce corps étranger va finir par se faire une place dans les tissus et y être toléré sans douleur, que par ailleurs l'élimination spontanée serait l'issue habituelle de ce genre d'incident. Cette psychothérapie amène un soulagement passager. Elle est revue à plusieurs reprises. Il existe toujours une contracture du releveur, ce qui objective quand même une névralgie ano-rectale. Elle est légèrement calmée par l'association vitamines B1-B12.

Nous la revoyons nous-mêmes pour la première fois en août 1958 et, ne la connaissant pas, elle nous extorque un bon de palfium.

(*) Malade du Docteur MILSTEIN.

• QUATRIÈME OBSERVATION

Madame P..., soixante-douze ans, consulte le Docteur MILSTEIN, le 14 mars 1959, pour des douleurs anales diffuses intenses. Il s'agit d'une sensation de plaie à vif permanente. Ces algies s'accompagnent de cystite à urines claires. L'examen ano-rectal est presque négatif : il existe un léger bourrelet hémorroïdaire et on ne trouve pas de fissure. Le diagnostic de névralgie ano-rectale est facilement posé et l'on donne le traitement suivant : calcium buvable, cycladiène, vitadone, dephloxan, vitamine B1 (250 mg).

Dans les antécédents, il y a lieu de signaler en 1945 une intervention par le Docteur SOULLARD pour fissure et condylome dont on ne retrouve aucune trace à l'examen.

La malade consulte à nouveau le 21 mars 1959, elle n'est absolument pas améliorée malgré le traitement.

On procède à un bilan biologique qui est parfaitement négatif (formule, numération, sédimentation). Le lavement baryté montre un sigmoïde avec spasmes étagés et aspect tubulé du côlon gauche et diverticulose. L'examen des selles est strictement négatif.

La malade consulte le 11 juin 1960, le 18 juin 1960 et le 2 juillet 1960 pour les mêmes troubles. Ceux-ci demeurent inchangés malgré les différentes thérapeutiques colitiques et anti-algiques instituées. De ce fait, nous l'adressons au Docteur ELISSALDE, psychiatre. Celle-ci nous adresse le compte rendu suivant :

« Il y a vingt-deux mois, à la suite du décès survenu brutalement de son mari, apparition d'un syndrome dépressif de type réactionnel. Amaigrissement de 11 kg, insomnies, anxiété majeure, tristesse, découragement, crises de larmes. L'anxiété se cristallise sur une névralgie rectale que la malade dit très violente. Dans ses antécédents, la malade a déjà eu trois dépressions d'allure réactionnelle, deux fois à la suite d'un décès dans sa famille et une fois pendant la guerre, après un bombardement. Fond manifestement névrosé avec tendance hypocondriaque. Un traitement par le tofranil, équanil et nozinan est entrepris. Pour le tofranil, augmentation progressive jusqu'à 8 par jour, en associant 3 équanil et 1 nozinan à 25 mg le soir.

Au quinzième jour du traitement, inversion de l'humeur et disparition de la névralgie rectale.

Ce résultat persiste depuis un an, mais la malade continue à prendre en permanence 2 tofranil par jour, 2 équanil et 1 nozinan le soir. »

Elle est revue le 7 janvier 1961 ; elle vient consulter pour quelques petits troubles digestifs intestinaux et gastriques, mais elle ne parle spontanément d'aucun symptôme ano-rectal. Elle a grossi de 4 kg.

INTERVENTIONS PROCTOLOGIQUES ET PSYCHISME

Il est intéressant de considérer l'importance que peut avoir une intervention chirurgicale de la sphère ano-rectale chez certains malades dont le profil psychologique est parfois assez simple, mais qui présentent surtout un psychisme particulièrement sensible et vulnérable. On entrevoit à ce propos la prophylaxie qui porte en premier lieu à être avarés de ces interventions chez ce genre de malades qu'il faut savoir dépister.

L'évolution d'une affection ano-rectale, même non douloureuse, peut déclencher chez un malade prédisposé un état névrotique important. La cancérophobie est extrêmement fréquente dans la sphère ano-rectale. Une de nos malades craignant une métaplasie rectale, se fit faire plusieurs dizaines de rectoscopies par de nombreux praticiens, dont nous-mêmes (nous dit le Docteur MILSTEIN). Finalement, elle conclut qu'elle était porteuse d'une tumeur inopérable en raison de l'absence de thérapeutiques proposées et se suicida au gaz, alors qu'elle avait un recto-sigmoïde parfaitement sain.

Il est inutile d'insister sur l'importance des majorations fonctionnelles chez les malades proctologiques.

Certains malades tolèrent très bien toute leur vie des prolapsus hémorroïdaires importants qu'ils réduisent eux-mêmes après les selles.

« Au cours d'une expérimentation, une de nos malades stoppait dans la journée ses rectorragies hémorroïdaires avec un unique "plasebos". D'autres consultent à maintes reprises pour une très discrète anite sans aucune symptomatologie physique. » (Docteur MILSTEIN.)

Dans un autre domaine, on a voulu reconnaître dans le prurit anal une manifestation psycho-somatique ; en effet, la psychothérapie, comme nous le verrons, est très efficace chez les pruritiques.

Dans le domaine chirurgical, par ailleurs, on connaît la variabilité dans leur intensité des douleurs post-opératoires de certains malades. Elles sont toujours particulièrement intenses chez les malades prédisposés psychologiquement, quelle que soit d'ailleurs l'importance de l'acte opératoire.

A ce propos, nous rapporterons ici l'observation édifiante d'un opéré dont l'intervention fit éclore une psychose particulièrement intense.

● OBSERVATION

M. P... a quarante-sept ans lorsqu'il vient consulter le Docteur MILSTEIN, début mars 1959, pour un très volumineux prolapsus hémorroïdaire accompagné d'un important polype procident de la grosseur d'une noix.

C'est un haut-fonctionnaire de l'Etat, parlant quatre langues couramment, surmené par son travail international.

Il saigne et désire une guérison rapide, aussi accepte-t-il facilement l'intervention sous anesthésie générale.

Il paraît psychologiquement normal, nonobstant les craintes légitimes d'un malade évolué, approchant de la cinquantaine, présentant des rectorragies accompagnées d'une tumeur de l'angle visible et palpable.

L'intervention sous anesthésie générale est des plus simples et l'hémostase parfaite.

Dès que possible, l'examen histologique ci-dessous est communiqué au malade qui semble le rassurer.

« Formation polypeuse à revêtement malpighien épais, à derme scléreux très richement vascularisé. Il s'agit d'une polype anal d'origine hémorroïdaire sans aucun caractère histologique de malignité. »

Mais vers la quarante-huitième heure, se déclenchent des troubles psychiques d'une telle intensité qu'un traitement à la chlorpromazine est institué par voie parentérale. Il sera, sans effet, associé au nozinan et au calcibronat intra-veineux. Il s'agit d'un état dépressif plus anxieux que mélancolique (Docteur HAGENMULLER). Le malade présente des bouffées anxieuses avec agitations, phobies, obsessions, insomnies, évoluant sans doute sur un terrain psycho-asthénique. Cet état a paru réactionnel à une cancérophobie non avouée (crainte non avouée du cancer du rectum).

L'intervention rectale, loin de calmer cette phobie, n'a pu éviter l'éclosion de cette bouffée anxieuse avec agitation du type maniaque.

Le malade paraît obsédé par l'inefficacité de l'intervention. Il fait un syndrome d'auto-accusation, s'accusant d'avoir compromis l'acte chirurgical par une selle trop précoce sans en avoir demandé la permission. Ce fait entraîne un véritable état de culpabilité.

Les neurolytiques s'avèrent inefficaces (nozinan : 3 comprimés par jour et 100 mg de chlorpromazine).

Le malade est alors hospitalisé à Nogent-sur-Marne, où on lui fait de la sismothérapie (8 électro-chocs sous narcose).

Nous le revoyons fin avril, après quarante jours d'hospitalisation. Il vient seul à notre cabinet. Il paraît psychologiquement normal (Docteur MILSTEIN).

C'est, avec une certaine appréhension que nous examinons son anus après des suites opératoires aussi mouvementées. La plaie est presque cicatrisée, mais

il s'est formée une néo-fistule en raison du bourgonnement anarchique et de l'absence de nitrage. Une petite mise à plat permettra d'obtenir une cicatrisation normale en quinze jours.

Nous ferons ultérieurement 6 scléroses hémorroïdaires sans incidents.

Une enquête discrète psycho-sociale nous apprendra ultérieurement qu'il s'agit d'un célibataire de quarante-sept ans, vivant plus ou moins maritalement avec une femme de dix ans son aînée, qu'il n'épouse pas pour des raisons politiques.

Il vit plus ou moins dominé par cette conjointe militante politique active. L'appartenance politique de sa future femme pouvant, d'après lui, nuire à son avancement, il refuse de se marier.

Il s'agit en fait d'un complexe œdipien prolongé dans la vie conjugale, chez un immature social, et sans doute un certain état de dépendance.

Chez un deuxième malade, une intervention bénigne déclenche l'installation d'un syndrome anal fonctionnel greffé sur un psychisme extrêmement complexe.

• AUTRE OBSERVATION *

M. S... a trente-deux ans. Il vient consulter le Docteur MILSTEIN, envoyé par le Docteur BORDA. Il se plaint de deux symptômes, toujours les mêmes :

- d'une part, une sensation de relâchement sphinctérien. Il a l'impression d'un manque de tonicité de la région anale qui détermine une sorte d'inconfort anal vague ;
- de plus, il se plaint d'une coupure de la muqueuse au niveau de l'orifice anal. Il souffre, dit-il, d'une plaie à vif.

Comme toujours chez ces malades, ses symptômes ne sont pas aggravés par les selles. Ils sont permanents, leur intensité est moyenne. Ils ne succèdent pas non plus aux efforts de défécation et ne sont pas aggravés par la position assise.

Son histoire a débuté il y a cinq ou six ans. A cette époque, il a présenté vraisemblablement un condylome anal réséqué chirurgicalement. Il attribue le début de ses troubles aux séquelles de cette intervention.

Par ailleurs, il avoue avoir eu une fois des rapports ano-digitaux avec une professionnelle et en conserve un remords vif. Il considère que ces deux traumatismes sont à l'origine de tous ses maux.

Il se sent très diminué du point de vue anal et prétend même être infirme. Cette infirmité, d'après lui, réduit son rendement au travail, ses facultés mentales et sexuelles.

L'examen de ce malade est pratiquement négatif. Il présente une légère anite hémorroïdaire, hors de proportion avec l'intensité des algies dont il se plaint. Le coccyx est légèrement douloureux à la mobilisation. Il n'y a aucune fissure.

(*) Observation transmise par le Docteur MILSTEIN.

Il a subi à plusieurs reprises des examens électriques du sphincter (Docteur MAY) qui se sont avérés parfaitement normaux. Par ailleurs, il a été soumis à 30 séances de galvano-faradisation du sphincter.

Cette thérapeutique n'a amené aucun soulagement, comme toutes les autres d'ailleurs (haute fréquence, androgènes, neuroleptiques, vitamines B, à haute dose).

Du point de vue social, M. S... a une enfance difficile entre des parents divorcés. Son père avait une profession libérale. Lui-même n'a pas terminé ses études secondaires en raison de son incapacité et en conserve une certaine rancœur. Il exerce une profession qui ne lui plaît pas.

Il a fait la guerre comme sous-officier, alors qu'il se considère comme apte à faire un officier, et suit des cours dans la réserve pour obtenir ce grade qui lui permettrait « de commander aux autres ».

Une autre source de désillusion lui vient de son mariage. Sa femme terminant des études qui lui permettraient d'accéder à une situation bien supérieure à la sienne. Il en souffre. Par ailleurs, il ne s'entend pas avec elle sur le plan sexuel.

Le profil psychique de ce malade est assez simple. Il met ses échecs sociaux sur le compte de ses troubles anaux qui l'empêchent d'avoir une activité physique et intellectuelle normale.

En réalité, deux stress sont venus le fixer sur la sphère anale en raison de son état névrotique constitutionnel :

- un stress physique, la petite intervention chirurgicale ;
- un stress sexuel qui a engendré un syndrome de culpabilité.

Par ailleurs, sa situation ne lui permet pas de subir des séances d'analyses individuelles et il suit actuellement une analyse de groupe. Il est revenu nous trouver, plein de dédain pour ses compagnons d'analyse, de condition inférieure à la sienne. Il a d'ailleurs les mêmes sentiments dédaigneux vis-à-vis de l'analyste. On n'a pas l'impression non plus que dans ce domaine une amélioration soit apparue.

Nous l'avons revu récemment et il présente toujours les mêmes troubles : impression de plaie à vif en relation avec son intervention ancienne, relâchement musculaire qu'il attribue à ses expériences sexuelles malheureuses.

PHYSIO-PATHOLOGIE ANALE DU PREMIER AGE INCIDENCE PSYCHIQUE

TROUBLES TROUBLES DES CONDUITES EXCRÉMENTIELLES (LUQUET)

Pour comprendre les conduites excrémentielles, il faut avoir à tout moment l'esprit qu'elles se créent précocement, à un moment où sont inséparables les phénomènes physiologiques et psychologiques. Au fur et à mesure que se hiérarchisent les fonctions neuro-viscérales, chaque intégration neurologique s'accompagne d'une intégration psychologique. Nous ne pouvons ici refaire la physiologie de la défécation ni son développement historique, pas plus que nous ne pouvons rappeler le mode psychologique qui préside à l'établissement de ces conduites. Par contre, il nous paraît impossible de ne pas situer grossièrement l'importance de la conduite chez l'enfant dans le premier développement affectif.

On peut distinguer les périodes suivantes :

- 1) Les sensations vésicales, urétrales et cutanées liées à la fonction urinaire, sont au centre de l'activité auto-érotique de l'enfant (plaisir lié au fonctionnement des organes à la décharge d'une tension).
- 2) Plus l'enfant établit des relations d'objet, plus il devient capable de distinguer son propre corps du corps de sa mère et secondairement du monde extérieur. Les fonctions excrémentielles sont à ce moment vécues et utilisées comme un moyen d'établir un rapport avec la mère au même titre que les fonctions alimentaires. L'intérêt de l'enfant se déplace de la bouche vers les sphères excrémentielles, en même temps que le contrôle sur le monde s'étend par une prise en charge affective et intellectuelle de la motricité.

- 3) Dans un troisième temps, l'enfant devient capable d'établir des relations plus nuancées, en même temps que se différencie ce que sera la fonction génitale. Le centre d'intérêt pulsionnel étant donné, l'absence d'évolution des organes sexuels va se fixer pendant longtemps sur la fonction urinaire et les plaisirs de rétention, d'expulsion, les sensations urétrales et anales vont s'intégrer de plus en plus dans la psychologie de l'enfant. Dans cette fonction, coexistent des plaisirs passifs et actifs que l'on retrouve dans les deux sexes et qui plus tard évolueront différemment chez la fille et chez le garçon. On a décrit une psychologie particulière à la phase phallique (ambition) dont on retrouve trace chez l'adulte.
- 4) Dans un dernier temps, l'évolution affective se poursuivant, la différenciation sexuelle s'affirme de plus en plus, la génitalisation remplace les plaisirs excrétoires, mais les liens contractés antérieurement entraînent la persistance de rapports profonds entre l'un et l'autre.

LES FAITS PATHOLOGIQUES

Il est facile de concevoir que les différents troubles tels que l'énu-résie, l'encoprésie, certaines rétentions, ne peuvent être conçus comme des entités morbides ; mais de ces conduites différenciées extrêmement complexes, ces perturbations sont le témoin d'un trouble à un niveau quelconque de la chaîne qui va de l'organe périphérique au système autonome et à la moelle, puis par l'intermédiaire du cortex et du sous-cortex, à l'ensemble du système cérébro-spinal (avec toutes ses implications psychologiques).

C'est pourquoi plutôt que de reprendre des explications partielles, comme il l'a été fait jusqu'à ces dernières années, c'est dans la perspective psychiatrique d'une fonction intégrée que l'on se placera.

L'encoprésie, qui a été considérée longtemps comme un symptôme, une maladie, serait comprise comme une perturbation d'ensemble, un trouble de la personnalité avec dans chaque cas prédominance d'un mécanisme perturbateur. Il n'y a pas d'encoprésie, mais des encopresiques.

On peut dire que les différentes perturbations des conduites excrémentielles correspondent :

- 1° Rarement à des perturbations localisées à un niveau de la voie d'intégration métabolique, sécrétoire, urinaire ou ano-rectale, médullaire ou centrale, ce sont alors des incontinences.
- 2° Le plus souvent à des retards de maturation.
- 3° A des régressions.
- 4° A des dissolutions.

LA CONDUITE ENCOPRESIQUE

Elle concerne l'émission de matières chez l'enfant de plus de trois ans en dehors des conditions de propreté requises par la société, en pratique dans les habits pendant la journée, dans le lit pendant la nuit. L'encoprésie diurne est plus fréquente que l'encoprésie nocturne.

Suivant les cas, l'enfant salit son caleçon assez régulièrement, ou bien il y a défécation complète. L'encoprésie s'associe à l'énurésie. Très souvent, elle est acquise, c'est-à-dire qu'il y a des intervalles de propreté.

DISCUSSIONS ETIOLOGIQUES

Les facteurs psychologiques qui dominent la conduite excrémentielle étant souvent près de la conscience ou même conscients.

Il faut préciser un certain nombre de points :

- 1) Souvent l'encoprésie est déclenchée à l'occasion d'une maladie intestinale, d'une diarrhée, de besoins impérieux. Ceux-ci peuvent persister et il est capital d'éliminer ces incontinences ou au moins de faire un traitement adjuvant, afin de réduire l'aspect organique.
C'est quelquefois l'injustice ressentie à propos de punitions ou de reproches faits pour des accidents involontaires qui déclenchent une conduite qui devient ensuite psychologique. Le psychiatre n'hésitera pas à s'appuyer sur l'avis du pédiatre si cela est utile.
- 2) *C'est l'examen du psychisme en général*, et avant tout de la structure de la personnalité affective, qui permettra de comprendre le symptôme. On sait l'importance de la zone anale dans le développement. La colère est primitivement liée à l'expulsion hors du corps, ainsi qu'il est facile de le constater chez le jeune enfant. Les rapports entre la psychologie anale et le contrôle de la motricité dont l'apparition est simultanée, sont des faits établis.
Le caractère anal a été bien défini par les psychanalystes. Il existe des psychologies de rétention et de destruction-expulsion qui datent de cette époque, bien qu'elles soient intriquées avec des formes d'agressivité encore antérieures.
- 3) Le symptôme encoprétiq ue est d'une gravité réelle, semble-t-il. Très souvent, il témoigne de l'existence d'un moi faible qui risque de mal évoluer secondairement.
- 4) La guérison est parfois rapide au cours des psychothérapies, mais les enfants encoprétiq ues deviennent fragiles et devront être suivis de près. Au moindre doute de perturbation globale du caractère, on n'hésitera pas à envisager une psychanalyse.

Pour DUHAMEL, l'encoprésie est une incontinence anale psychogène survenant chez les enfants qui ne présentent aucun trouble neurologique et dont le niveau mental est normal. Affection essentiellement observée chez l'enfant, elle est souvent associée à l'énurésie. L'encoprésie n'est pas une maladie du sphincter qui est anatomiquement et électriquement normal, mais un trouble de la commande du sphincter d'origine psychique ; on note souvent un fécalome intrarectal et un méga-recto-sigmoïde. L'encoprésie apparaît souvent comme un mode de réaction de l'enfant, à l'occasion d'un conflit psychologique avec son entourage. Le rôle d'un apprentissage sphinctérien pratiqué trop précocement et trop rigoureusement est fréquemment observé. Dans les formes rebelles, seule une thérapeutique psychologique ou même l'hospitalisation est efficace.

Il distingue, parmi les états encoprésiques, plusieurs catégories :

— *Une première catégorie* où les enfants ont un développement somatique et mental normal. L'examen neurologique est normal, mais il existe des troubles du comportement psycho-affectif caractérisés par l'instabilité, le manque de confiance, l'inhibition. Ces troubles semblent essentiellement en rapport avec le défaut d'affection maternelle ou l'injustice de l'entourage à l'égard de l'enfant. La dissociation familiale s'observe dans les deux tiers des cas. L'encoprésie apparaît comme un mode de réaction contre les parents ou l'entourage, une « protestation contre un entourage menaçant et inamical » (BURNS).

— *Une deuxième catégorie d'enfants*, chez lesquels les examens somatiques et neurologiques sont normaux, mais où il existe une arriération mentale, allant de la débilité mentale sérieuse jusqu'à l'idiotie complète, ainsi que des troubles psychopathiques comparables aux précédents.

— *Une troisième catégorie* où il existe une idiotie ou une arriération mentale grave associée à des lésions nerveuses patentes avec altération de l'électro-encéphalogramme, possibilité de crises épileptiques et parfois de troubles endocriniens graves comme le myxœdème.

Nous considérons avec la majorité des auteurs (dit DUHAMEL), que le terme d'encoprésie ne peut être appliqué à la troisième catégorie. On a affaire dans ces cas à une incontinence sphinctérienne ou alvine comparable à celle que l'on observe chez les hémiplegiques, chez les pseudo-bulbaires. Il s'agit de gâtisme et non d'encoprésie.

Nous réservons le terme d'encoprésie aux cas où le niveau mental est normal et où la perturbation paraît liée à un complexe psychologique plus ou moins facile à mettre en évidence, c'est-à-dire à la première catégorie sans restriction. Les frontières sont plus difficiles

à tracer à l'égard de la deuxième catégorie où coexistent des troubles du comportement psycho-affectif et un certain degré d'arriération mentale. Si l'on admet, comme nous, que l'élément psycho-affectif est essentiel, il est certain qu'entrent dans le cadre de l'encoprésie les cas où le niveau mental est suffisant pour que puissent exister des capacités psychologiques susceptibles de construire un tel complexe. Nous verrons plus loin que, en pratique, le cadre de l'encoprésie demeure souvent, même au point de vue clinique, difficile à tracer et que des facteurs tels que la constipation et l'existence d'un fécalome peuvent jouer un rôle dans le trouble de l'évacuation. Rappelons à ce propos que chez certains vieillards grabataires, parfois hémiplegiques ou pseudo-bulbaires, on peut observer, en dehors des cas d'incontinence sphinctérienne habituelle, des cas d'incontinence liée à la présence d'un fécalome. Cette masse fécale anormale irrite et distend le rectum et l'anus, ce qui provoque de petites évacuations involontaires formées de glaires, de mucosités, avec ou sans matières fécales. L'incontinence, dans certains cas, n'apparaît que du fait de la présence de ce fécalome et disparaît si l'on arrive à fragmenter et à enlever le fécalome. Ceci montre bien qu'un fécalome peut être en lui-même la cause d'une incontinence de matières. Or, chez l'enfant encoprésique, la constatation d'un fécalome est fréquente et l'on peut se demander si celui-ci est la cause ou la conséquence de l'encoprésie, ou si tout au moins il ne joue pas un rôle dans la persistance des troubles encoprésiques.

Une autre constatation est l'association fréquente de l'encoprésie avec un mégacôlon fonctionnel totalement différent de la maladie de Hirschprung congénitale. Cette association constitue un véritable syndrome qui n'est qu'un aspect clinique très complet de l'encoprésie.

ETUDE PSYCHIATRIQUE (DUHAMEL)

Ont été exclus tous les cas du groupe III (altérations neurologiques importantes) et conservés les quelques cas du groupe II où l'altération mentale était peu marquée et où l'on retrouvait souvent le même fonds psychopathique que dans le groupe I. En fait, presque tous nos cas concernent le groupe I.

Le niveau mental (obtenu en faisant le rapport de l'âge apparent, mesuré par le test de Binet et Simon, à l'âge réel) est normal dans presque tous les cas (entre 80 et 100 %), supérieur à la normale dans quelques cas, inférieur à 80 % dans trois cas (75 % une fois, 70 % deux fois).

Nous nous contenterons ici de rappeler les principales modalités descriptives du comportement des enfants encoprésiques et de leurs parents, nous réservant de reprendre plus loin le problème de la psychogénèse dans son ensemble.

Le fonds mental comporte des éléments dissociés et inconstants, et ne constitue pas un ensemble homogène. On note ainsi :

- instabilité, négligence ;
- manque de confiance en soi, passivité ;
- enfant inhibé ou stoïque ;
- souvent bon élève et favori du maître, mais pas d'affection pour les autres enfants ;
- obéissant et propre en dehors de l'encoprésie ;
- préoccupations sexuelles, masturbation, goût de la malpropreté dans d'autres cas.

Le manque d'affection de la part des parents est un fait notable. La mère est incapable d'exprimer le moindre sentiment, la moindre chaleur.

On note souvent de la part des parents : surpropreté, anxiété, préoccupation du fonctionnement intestinal et de l'utilisation des procédés manuels pour l'évacuation.

La dissociation familiale est un des éléments les plus importants ; elle s'observe dans 16 cas sur 25 où une étude du milieu familial a pu être faite et où l'on a noté :

- divorce, séparation avec une très grande fréquence ;
- enfant élevé par un parent non proche.

Dans plusieurs cas, lorsque l'enfant retrouve la personne de son entourage qui l'aime, l'encoprésie disparaît.

Voici deux observations de M.G. BRÉMOND :

Il signale 2 cas d'encoprésie, deux garçons de huit et dix ans, de parents névrotiques ou bornés, non encore traités mais grondés et fouettés.

Quelques séances de diathermie rectale, présentées comme traitement local d'effet certain et accompagnées de suggestions verbales simples, amènent en huit à dix jours une guérison définitive chez l'un et presque complète chez l'autre, avec une amélioration parallèle impressionnante du travail scolaire.

Comment faut-il expliquer ces améliorations :

- sensibilisation du sphincter ?
- réflexothérapie ou pure suggestion ?

sans doute y a-t-il là une combinaison de ces trois facteurs.

PATHOGÉNIE

Il ressort d'une étude clinique attentive sur l'encoprésie qu'aucune lésion organique, qu'aucune lésion sphinctérienne ni neurologique n'intervient dans le mécanisme de l'encoprésie pure qui s'observe chez des enfants sains dont le niveau mental est normal.

L'affection apparaît essentiellement comme une réaction spéciale d'un enfant présentant un fonds mental particulier à l'égard d'un entourage inamical, aux conditions psychologiques particulières.

Mais de nombreux facteurs accessoires interviennent soit pour déclencher l'encoprésie, soit pour assurer son entretien.

On peut donc distinguer les paliers suivants dans le mécanisme particulier de l'affection :

1° UN FONDS MENTAL SPÉCIAL DONT IL A ÉTÉ PARLÉ PLUS HAUT

2° DES PARTICULARITÉS PSYCHOLOGIQUES PROPRES AUX PARENTS OU A L'ENTOURAGE IMMÉDIAT

— Défaut d'affection chez la mère ou incapacité d'exprimer le moindre sentiment.

— Dissociation familiale (divorce, mort d'un parent, séparation).

— Surprotection.

— L'obsession de la propreté est souvent observée chez la mère qui pense, comme le public, que les enfants doivent être propres à un âge fixe, que tout retard dans le contrôle sphinctérien est un signe d'arriération dont elle est plus ou moins responsable (peut-être par tare héréditaire, pense-t-elle, ce qui aggrave son anxiété). Et l'on sait que l'anxiété, par un mécanisme très général, engendre l'agressivité.

Or l'enfant n'est pas toujours physiologiquement prêt à l'âge où l'on commence l'apprentissage sphinctérien. Il ne sait pas non plus demander, et peut se complaire dans la satisfaction anarchique et asociale de son besoin. Il est en outre, à cet âge, en pleine phase d'opposition.

L'encoprésie apparaît alors comme une protestation contre un entourage menaçant et inamical, comme une réaction inconsciente à la fois d'agression et de peur (BURNS).

Mais pour suggérer à l'enfant ce mode de protestation qu'est l'encoprésie, il faut des facteurs susceptibles de cristalliser consciemment ou inconsciemment son attention sur la défécation.

3° FACTEURS DÉTERMINANTS D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

— Préoccupation excessive du fonctionnement intestinal (famille de constipés, procédés d'extirpation manuelle des matières chez les constipés).

— Education intestinale coercitive, c'est-à-dire éducation entreprise avant que le développement neuro-musculaire soit suffisant pour permettre un contrôle volontaire.

Chez l'enfant moyen, l'apprentissage de la propreté sphinctérienne s'effectue dans le courant de la deuxième année.

On ne peut, on ne doit fixer une date précise, car cet apprentissage est fonction du degré de maturation propre à l'enfant et, en particulier, de la conscience de l'état de réplétion de l'ampoule rectale, de la maîtrise de la commande du sphincter anal et de la poussée abdominale, et aussi, indiscutablement, d'un goût plus ou moins vif pour la propreté qui est variable d'un enfant à l'autre.

Notons que, avant que l'enfant apprenne à être propre, il a été parfois possible de l'habituer, mais de façon totalement passive, à effectuer ses évacuations à heure fixe. Il s'agit là de deux choses différentes. La régularisation de l'horaire des évacuations montre seulement que le transit intestinal est correctement établi et inscrit dans le cadre de la vie familiale et sociale, ce qui est une acquisition importante, mais ne signifie pas que le contrôle sphinctérien soit acquis.

La conquête du contrôle sphinctérien est un événement important pour l'enfant. D'une part, l'évacuation soulage une sensation pénible que l'enfant devient capable de maîtriser, de retarder. D'autre part, très tôt, l'acte de défécation est intégré dans les relations mère-enfant. On lui fait comprendre que s'il agit conformément au désir de sa mère, il est bon ; que s'il s'y oppose, il est mauvais.

Les matières représentent « un cadeau à la mère », mais aussi l'excrément devient synonyme de tout ce qui est sale, interdit.

Méthodes d'éducation destructrices (HUSCHKA) :

- répression par la honte ;
- punition par non-soumission ;
- utilisation de suppositoires pour faciliter cette éducation ;
- refus de placer l'enfant à la toilette jusqu'à ce qu'il ait exprimé verbalement son envie ;
- mesures mécaniques, telles que courroies pour attacher l'enfant sur le vase ;
- primes en cas d'accomplissement parfait.

On voit ainsi les éléments propres à l'éclosion d'un conflit qui sont fournis à cet enfant prédisposé par les défauts d'éducation et par d'autres circonstances.

A l'occasion d'un facteur occasionnel, l'encoprésie éclate, traduisant la réaction de l'enfant à ce conflit.

Parfois, on relève nettement un épisode affectif à l'origine immédiate du déclenchement de l'encoprésie : remariage du père, nouvelle naissance que l'enfant ne voulait pas, jalousie, grande contrariété.

4° FACTEURS NON PSYCHOLOGIQUES

Divers types d'accidents peuvent, sur un terrain déterminé, déclencher l'encoprésie.

C'est ainsi que nous avons noté à deux reprises le rôle d'actes chirurgicaux portant sur l'anus : cerclage pour prolapsus, intervention pour fistule.

PRURIT ANAL ET PSYCHISME

Il est acquis que le prurit anal, auquel P. HILLEMAND et A. BENSANDE viennent de consacrer un récent et magistral article, reste manifestement imputable :

1° A l'oxyurose entre autres helminthiases, à l'amibiase et aux dysenteries parasitaires, frustes ou passées à la chronicité ; et enfin aux bactérioses, sinon aux viroses intestinales.

2° Aux épidermomycoses, directes ou de voisinage.

3° Aux « prétextes locaux », qui relèvent de la chirurgie et de la proctologie. C'est ainsi qu'hémorroïdes, internes ou externes, hautes ou basses, marisques, habitées ou déshabitées, fissures, fistules, polypes, tumeurs villeuses du rectum (TURPAULT), lymphogranulomes du syndrome de Jersild, maladie de Hodgkin, prurigo leucodermique de CHEVALLIER, MOUTIER, STEWART, SEVAUX et VEY, se disputent le champ des provocations ano-rectales, inflammatoires, tumorales ou hémato-dermiques.

LE TERRAIN

Le prurit périnéal s'avère surtout anal chez l'homme et vulvaire chez la femme, celui de l'homme est le plus redoutable. Il représente en fait le redent de l'incitation prurigineuse. Si l'on met à part le prurit généralisé sénile, et aussi celui des hémato-dermies, mycosis fongoïde en premier lieu, dont les démangeaisons inexorables conduisent parfois leur patient au suicide, il n'est guère plus exaspérant dans le domaine des dysesthésies cutanées. Et le seul foyer qui puisse rivaliser avec le périnée des deux sexes est la nuque féminine, siège de ces névrodermites, dont, mycoses exceptées, la pédiculose des humbles, et les toxicomanies des droguées font ordinairement les frais.

Confusément perçue par les centres cérébraux appropriés, l'irritation des enregistreurs cutanés, eux-mêmes sollicités par divers réactogènes, et les médiateurs chimiques du type histaminique ou acétylcholinique qu'ils libéreraient, aboutiraient par leurs incitations

réitérées, à une surcharge du secteur orthosympathique, dont le grattage obtiendrait la décharge vaguement voluptueuse. Et nous n'en savons guère plus long sur la question.

Pour les périnées, l'épine irritative n'est souvent qu'un prétexte au développement d'un thème psycho-somatique « à point de départ orificiel, et partant revendiquant ». Il traduit, dirions-nous, « l'appel des profondeurs » pour enclorre en une formule équivoque le complexe, à départ cœnestopathique, que suggèrent une libido frustrée, et ses superstructures affectives, sollicitées par des traumas, que nous nommerions présentement des « stresses » occasionnels.

H. JAUSION et R. VIEVILLE (Paris) nous disent :

A l'occasion de ses relations avec le syndrome d'adaptation, M. GÉLINET, en psycho-endocrinologie, vient de consacrer au prurit anal quelques pages émaillées de lettres et d'esprit *. Et, bien que promoteur des constitutions dermopathiques, homologue des diathèses psychopathiques, et protagoniste de ces psycho-dermatoses qui lui ont valu nombre de polémiques, l'un de nous n'en a pas moins argumenté, à la séance de février de la Société Française de Dermatologie, son très distingué collègue Marc BOLGERT, tenant d'une psycho-somatique du psoriasis, dont avec tous ses coéquipiers il a longuement et minutieusement traité dans un numéro du 6 avril 1955 de la *Semaine des Hôpitaux*. Très justement, BOLGERT, dont on ne saurait trop louer la hauteur de vues, la sagacité et aussi la probité scientifique, rappelle le cas du malade de notre Maître AUDRY, devenu violemment prurigineux après qu'il eût échappé à un grave accident. Mais il s'agissait là de psoriasis, et de l'intervention plus ou moins soudaine d'une affection, dont on sait la génétique, et dont nous avons cru, dans certains cas, déceler, grâce à l'intra-dermo-réaction mycotoxinienne, l'un des foyers les moins discrets, les intertrigos mycosiques primordiaux.

Les auteurs que nous venons de nommer se réclament, bien entendu, comme tous les psycho-somaticiens, des travaux du physiologiste CANNON, de ses concepts d'un organisme tentant d'ajuster ses mécanismes « interofectifs », ses régulations physiologiques, et « extérofectifs », ses conduites. Et les deux ordres de comportement « s'articulent, se complètent, forment un tout », comme le dit si justement notre éminent ami le Professeur Daniel LAGACHE. Si bien que les relations cliniques de DUNBAR, d'ALEXANDER et de l'école de Chicago, de SAUL, de BINGER, de WEISS et d'ENGLISH, pour ne citer que quelques noms, ont établi la corrélation entre psychanalyse et

(*) Numéro du 8 mars 1955 du *Journal* de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

psycho-somatique d'une part, et syndrome d'adaptation de SELYE, qui « dans le domaine humoral » a pu « apporter les preuves de la psychogénèse des troubles organiques » (GÉLINET). Interprétant CANNON, LAGACHE écrit :

« Chez l'animal qui doit attaquer ou fuir, il se produit une décharge d'adrénaline et une libération de glycogène, une élévation de tension artérielle, une accélération du pouls, un raccourcissement du temps de coagulation du sang, etc. »

Dans cette perspective, dit encore le grand psychanalyste,

« la distinction terminologique entre organisme et personnalité est verbale : il n'y a pas d'organisme qui ne se conduise par rapport à des situations et il n'y a pas de personnalité sans corps ».

Toutefois, dans le cas des prurits périnéaux, nous voulions établir, par notre énoncé préalable, que les troubles organiques en représentaient l'initium. Il s'agit donc d'une libération psycho-somatique à prétexte corporel. Mais il y a consentement prurigineux, et rapidement, surtout chez les frustrés des deux sexes, pédérastes qui s'ignorent et femmes délaissées ou insatisfaites, se développe une manière d'onanisme qui exigerait presque, qu'à la classique rubrique de nymphomanie, on opposât un néologisme, celui très imparfait de sodomie par exemple. C'est alors le cycle psycho-névrotique du prurigineux qui se gratte pour en éprouver la jouissance et qui conditionne ainsi les complications de son prurit, lichénification, eczématisation, lésions de grattage et infections surajoutées. Il suscite par là de nouveaux appels au grattage et à l'entretien du mal. Comme l'énonce LAGACHE :

« Le fonctionnement pathologique du corps a des effets directs sur la vie émotionnelle, sur l'activité et l'intensité des conflits instinctuels, notamment par l'intermédiaire du chaînon neuro-hormonal. Mais la maladie est aussi une situation vécue... ; le malade peut chercher d'une manière plus ou moins délibérée à aggraver sa maladie, à s'y réfugier ; la maladie peut réveiller une névrose infantile, provoquer une névrose (pathonévrose de Ferenczi). Dans d'autres cas, l'apparition de la maladie somatique, en saturant un besoin masochique de souffrance, rend la névrose superflue (pathocure de Fénichel). »

On ne saurait ici, et simplement à propos de prurits périnéaux, rappeler les instances de la personnalité freudienne, le ça, le moi, le surmoi ; ni montrer comme le ça, force profonde, peut s'intégrer partiellement dans le symptôme prurit, « besoin instinctuel de nature purement biologique », mais momentanément « investi » sur un objet réel.

Nous ne saurions plus longtemps épiloguer, ni arguer du rêve, d'onirisme, de grattage inconscient, revenir à la genèse de la personnalité, et définir les situations conflictuelles. La doctrine, au reste maintes fois remaniée, a suffisamment pénétré les élites médicales pour qu'il soit superflu de la rappeler.

Concluons ici, comme le fait BOLGERT (dont nous sommes loin de partager toutes les convictions à propos des psoriasiques), qu'il conviendrait pour tous patients de les interroger minutieusement, d'enquêter autour d'eux, puis de les éprouver, et notamment par ces tests projectifs, celui de Rorschach et le « Thematic apperception test » (T.A.T. de MURRAY), tous deux fort connus d'ailleurs. Pour des niveaux mentaux d'ordres différents, il faut user bien évidemment d'investigations très diversement adaptées. Il est à noter que, chez les hommes dont le prurit anal apparaît le plus tenace, l'oligophrénie n'est pas exceptionnelle, à moins qu'il ne s'agisse par contre de sujets très évolués, mais d'un narcissisme quasi caricatural.

En somme, si l'agression est physique (mais un tel dualisme ne saurait être admis des psycho-somaticiens), elle est fort souvent masochiquement acceptée et, sa répercussion psychique aboutit à sa relance, et à son retour, sinon même à son extension, puis à son entretien, et à sa culture systématique. Le prurigineux finit souvent, mais non toujours, par aimer son prurit.

Nous allons reporter ici le résultat de l'hibernothérapie dans un cas de prurit anal, observation décrite par Jean DELAY, P. DENIKER et Y. TARDIEU.

La majorité des auteurs réservant aujourd'hui le terme d'affection psycho-somatique aux états comportant une sensibilité psychique et une fragilité somatique particulière où la participation du système neuro-végétatif paraît fondamentale, il était logique d'entreprendre la cure de tels états au moyen de méthodes nouvelles. Ces méthodes visent à la mise au repos du système neuro-végétatif. Les indications respectives de ces thérapeutiques commencent à se préciser : les états d'excitation, d'agitation, de confusion mentale, certains états dépressifs anxieux ou phobiques bénéficient surtout de la cure neuroplégique à la chlorpromazine, telle que nous l'avons proposée dès 1952 (Jean DELAY).

• OBSERVATION

René, âgé de trente-neuf ans, architecte, nous fut adressé pour un prurit anal, s'accompagnant de lésions d'eczématisation et persistant depuis quatre ans. Ce prurit était presque continu, tenace, résistant à tous les traitements : en 1949, on fit au malade une rectoscopie qui mit en évidence un bourrelet hémorroïdaire que

l'on sclérosa, mais le prurit persista. Le malade consulte alors à Saint-Louis, en mai 1949. De nombreux traitements sont alors tentés, mais sans aucun résultat. En 1950, à l'Hôpital Beaujon, il est opéré d'une fissure anale, mais malgré cette intervention, le prurit demeure. L'examen des selles, fait à cette époque, ne montrait pas de parasites intestinaux. Les symptômes ont évolué chez un sujet obsédé par la propreté, vivant perpétuellement dans la crainte de voir survenir une crise plus intense et dont la vie était devenue insupportable. L'obsession de la propreté était telle que le malade lavait son linge lui-même, afin de s'assurer de sa parfaite netteté.

Il fut décidé pour ce malade une cure de somnolence qui fut obtenue avec 8 comprimés (200 mg par jour de 4550 RP).

Dès le deuxième jour, le prurit, si pénible pour le malade, disparut, ainsi que les lésions d'eczématisation. Le malade précise lui-même qu'il n'éprouve plus à la selle de douleurs ou de brûlures, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs années. La guérison complète se prolonge pendant un mois.

Cependant, devant la réapparition de certains troubles, il est mis de nouveau à une cure de somnolence (8 comprimés de 4560 RP pendant douze jours), ce qui enraya la rechute ébauchée. Les troubles obsessionnels persistant, une psychothérapie fut décidée à la suite de la cure de somnolence.

DIAGNOSTIC DE LA PARTICIPATION PSYCHOSOMATIQUE

Si l'on ne veut pas voir disqualifiée avant peu la notion d'affection psycho-somatique, il importe de n'en porter le diagnostic qu'avec vraisemblance, sinon avec une certitude pratiquement exceptionnelle.

Deux règles nous semblent fondamentales :

1° Le diagnostic de maladie psycho-somatique doit reposer sur des constatations positives et non sur des arguments négatifs résidant en l'absence de causes organiques extériorisables. On ne doit pas adopter l'attitude de certains médecins pour qui ce qui leur est inexplicable relève de la psychiatrie. Ainsi de la notion de torticollis mental avant que l'expérience de l'encéphalite épidémique en ait démontré la genèse parfaitement organique.

2° L'existence de traumatismes affectifs ne doit pas faire incriminer *ipso facto* une psychogénèse exclusive en méconnaissance de facteurs somatiques qui peuvent être prédisposants, associés, voire déterminants.

Le diagnostic d'affection psycho-somatique repose sur trois ordres d'arguments : l'étude de l'anamnèse, l'exploration psychologique et les résultats de la psychothérapie. Nous en exposerons les données et les multiples causes d'erreur.

ÉTUDE DE L'ANAMNÈSE

Elle est souvent d'interprétation délicate. On se trouve pratiquement devant l'une des deux éventualités suivantes : dans la première, les troubles ont été précédés de peu soit par un choc émotif important, soit par une désadaptation familiale, professionnelle ou sociale. Aussi troublants que soient ces antécédents, ils ne fournissent qu'une présomption de causalité et n'excluent pas une coïncidence. S'ils manquent dans la deuxième éventualité, avant que d'éliminer un processus

psycho-somatique, il faut envisager deux possibilités : celle d'une émotion lointaine que sépare des troubles une phase de méditation inconsciente et celle d'une amnésie intentionnelle masquant le traumatisme affectif originel ; la narco-analyse pourrait exhumer ces souvenirs. Mais il faut prendre garde que la psychogénèse ne cesse d'être une hypothèse scientifique pour devenir un postulat.

EXPLORATION PSYCHOLOGIQUE

Les auteurs américains ont fait grand état de profils psychologiques témoignant d'un terrain favorisant électivement l'éclosion d'une affection psycho-somatique : profil des ulcéreux, des asthmatiques (FRENC), des hypertendus artériels (Carl BINGER). Cette notion apparaît assez artificielle. A. LAMBLING et A.J. BURGER ont tout récemment nié la spécificité du type psychologique des ulcéreux.

Une autre méthode vise à explorer l'inconscient. On sait combien elle est délicate et ses données souvent discutables : qu'il s'agisse de l'analyse classique, de la narco-analyse ou des méthodes dérivées particulièrement utilisées chez l'enfant : tests projectifs, étude des dessins.

RÉSULTATS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Ils ne fournissent que des arguments rétrospectifs. Encore ceux-ci ne sont-ils que relatifs : positifs, ils peuvent ne relever que de coïncidences ; négatifs, ils n'excluent pas un mécanisme psycho-somatique parce que l'efficacité de la psychothérapie est fort loin d'atteindre à la constance.

C'est dire que le diagnostic est rarement du domaine des évidences. On doit évoquer une affection psycho-somatique lorsque peut être incriminée avec vraisemblance une contribution psychogénique importante. Il reste à évaluer la part relative des facteurs affectifs et à les traiter.

Dans le domaine qui nous intéresse (les maladies ano-rectales), il est aussi dangereux de reconnaître l'élément psychique que de lui imputer l'ensemble des troubles.

Le Docteur MILSTEIN déclare :

« Il nous a semblé que chez les malades proctologiques, la composante psychique est fréquente. Nous n'en voulons pour preuve que la constatation quasi habituelle d'un syndrome anxieux atté-

nué chez tout malade qui découvre pour la première fois des rectorragies. Par ailleurs, on connaît la fréquence des petites bouffées dépressives qui accompagnent les suites opératoires des malades proctologiques les plus bénins. »

Il faut d'ailleurs reconnaître que les affections ano-rectales sont susceptibles de mettre en lumière des états névrotiques mineurs, jusque-là latents, en raison de certains caractères particuliers inhérents au siège des lésions :

- localisation para-sexuelle des manifestations dans une région richement éternée ;
- impression de maladies honteuses, d'où une certaine pudeur à vaincre pour se traiter, génératrice d'état conflictuel.

Lorsque l'on considère le diagnostic des algies ano-rectales, on s'aperçoit que la plupart des patients se présentent à la fois comme des algiques et des névropathes.

Il importe donc, en premier lieu, d'éliminer toutes les causes organiques avant d'incriminer l'état névropathique de ces malades.

Il est indispensable, avant de parler d'algies anales, de les explorer complètement. C'est ainsi qu'on demandera une rectoscopie suivie de lavement baryté. On pratiquera une série de clichés osseux lombaires et sacro-coccygiens en raison de la fréquence des douleurs projetées.

Ce n'est que devant la négativité de tous ces examens que l'on est en droit de proposer le diagnostic d'algies ano-rectales. Dans ce domaine, il est classique d'individualiser trois ordres de faits, comme nous l'avons déjà dit :

- 1) La proctalgie fugace qui survient la nuit sous forme de tension de l'ampoule rectale.
- 2) La coccygodynie qui s'objective par la mobilisation douloureuse du coccyx, avec souvent des antécédents traumatiques sur le coccyx.
- 3) La névralgie anale vraie, telle que la présentaient trois de nos malades et qui évolue toujours sur le terrain bien spécial que nous avons décrit.

Le terme de « névralgie » est-il bien choisi ? demande le Docteur MILSTEIN.

Pour A. BENSUADE, nombre de névralgies anales seraient en réalité des coccygodynies à forme rectale.

Pour le Docteur MILSTEIN, néanmoins, ces douleurs ano-rectales si particulières n'ont rien de commun avec les véritables névralgies qui irradiant suivant la topographie d'un nerf. Telle est, par exemple,

dans ce territoire, la névralgie du nerf honteux interne, dont l'origine est vertébrale et qui parfois s'accompagne néanmoins d'algies ano-rectales qui posent un diagnostic topographique délicat.

Par ailleurs, on retrouve chez bon nombre de ces malades un spasme du releveur qui s'objective par une sensation de corde latérale douloureuse que l'on perçoit parfaitement au cours du toucher rectal profond.

Cette fréquence du spasme musculaire permet peut-être d'évoquer la notion de « psychalgies » dans la sphère ano-rectale.

En effet, on décrit sous le terme de psychalgies des algies de type variable de topographie inconstante, sensibles à tout facteur aggravant la tension psychique et ne s'accompagnant d'aucune manifestation organique. Ces psychalgies auraient été rattachées à des myalgies posturales. Chez les psychasthéniques, il existe, en effet, comme chez les anxieux, une tension musculaire permanente qui amène une fatigue musculaire douloureuse (M. ORLY et M. RUELLE).

Il est donc peut-être souhaitable de considérer le « névralgisme » ano-rectal comme une contracture permanente douloureuse des releveurs s'apparentant étroitement aux « psychalgies » décrites en neuro-psychiatrie en raison du contexte psychique très particulier inhérent à cette catégorie de malades. Nous nous proposons d'étudier en détail cette notion au cours d'un travail systématique ultérieur.

Néanmoins, sur le plan pratique, cette donnée clinique a un intérêt thérapeutique, puisque certains patients sont soulagés par les massages des releveurs.

Pour le Professeur LÉON MICHAUX, lorsque l'on suppose un problème psycho-somatique, il faut cerner le processus psycho-somatique dans ses trois phases : les perturbations originelles de l'affectivité, les manifestations psycho-somatiques fonctionnelles, en se réservant de poser enfin le problème des manifestations somatiques lésionnelles d'origine affective. Il va de soi que l'évolution ne va pas nécessairement jusqu'à la troisième phase. Il est des secousses affectives « compensées », et nous revenons ici à la notion d'inégale vulnérabilité ; il en est qui dérivent vers l'ordre psychique (états dépressifs, délires) ; certaines seulement vont s'exprimer physiquement. De même, le passage du trouble à la lésion, loin d'être inéluctable, n'est au plus qu'une éventualité très exceptionnelle.

Il faut avant tout être très prudent dans le cas où l'on suppose la possibilité de l'intervention de facteurs psychiques. L'on ne doit s'avancer à soutenir ce diagnostic que sur des arguments positifs et précis après avoir pratiqué toutes les investigations nécessaires et qui restent négatives.

L'anamnèse doit être interprétée avec beaucoup de rigueur.

Le Professeur MICHAUX dit encore, en posant les possibilités et les limites de la médecine psycho-somatique, et en particulier les différentes phases du processus : ces notions laissent subsister bien des inconnues psychologiques. Il y a des malades qui « investissent » leur anxiété dans des débouchés extérieurs (crainte de catastrophes politiques, économiques, etc.). D'autres l'investissent dans des placements personnels, somatiques. Il en est, enfin, qui investissent leur anxiété dans des inquiétudes extérieures, mais concernant la santé des leurs.

Il en ressort qu'il existe une tendance à la préoccupation somatique qui n'est pas nécessairement égocentrique et dont la base n'est pas évidente.

NOTIONS GENERALES DE THERAPEUTIQUE

Lorsque l'examen clinique a permis de découvrir une lésion minime de l'appareil anal, elle doit être traitée.

La prescription de sédatifs, de tranquillisants, ou dans d'autres cas de stimulants, de toniques est généralement utile.

Mais pour obtenir la guérison, il faut habituellement leur associer la psychothérapie, la rééducation de l'équilibre émotionnel.

Mais la psychothérapie n'est pas de mise dans tous les cas. Il faut bien en connaître les indications et les contre-indications. Elle n'est efficace que chez le malade dont l'intelligence est correctement développée. Seule celle-ci pourra comprendre le retentissement fonctionnel que peut avoir un traumatisme affectif. Or, cette prise de conscience est une des bases du traitement.

Au contraire, la psychothérapie ne saurait être envisagée chez les femmes d'un niveau mental médiocre.

Cette thérapeutique est alors non seulement inefficace, mais, ce qui est pire, nuisible. L'exposé et la réminiscence d'événements pénibles, l'importance donnée à ceux-ci par le médecin peuvent, dans ces cas, conduire à une catastrophe familiale ou sociale.

De même que le médecin praticien s'adonne à la petite chirurgie mais n'entreprendra pas une intervention importante, de même dans la thérapeutique psycho-somatique, il peut effectuer une psychothérapie légère, mais doit adresser au spécialiste les formes graves.

LA PSYCHOTHERAPIE DU MÉDECIN PRATICIEN

Devant de tels malades, le médecin doit d'abord avoir un comportement psychothérapique.

Nous avons vu que l'examen clinique est indispensable. L'ayant accompli, le médecin devra rassurer son malade, lui dire qu'il n'y a pas d'affection grave. Lorsque le malade raconte les circonstances

de sa vie qui ont précédé l'apparition de l'affection, il faut s'intéresser avec bienveillance et compréhension à son histoire et amener le malade à faire lui-même le rapprochement chronologique entre les chocs émotionnels et les symptômes fonctionnels, en soulignant au besoin d'un mot leur concordance. La surprise du malade au rapprochement soudain des deux éléments qu'il pensait étrangers l'un à l'autre, fait naître une vive confiance. Tout peut en rester là, on prescrit des barbituriques, des tranquillisants pour atténuer son hypersensibilité.

Quelques conseils peuvent être utiles, inciter le malade à se livrer à un travail pour éviter l'inaction qui concentre son esprit sur ses propres problèmes, l'engager à se détacher dans la mesure du possible, voire à se jouer des désagréments caractériels de ceux qui l'entourent, principalement de ceux avec lesquels il travaille.

Il est rare que le praticien non spécialiste puisse pousser plus loin la rééducation émotionnelle.

Il est dangereux de sa part de souligner trop nettement la coïncidence chronologique, de tenter d'expliquer, de pousser trop loin l'interrogatoire et, à plus forte raison, de convoquer la famille ou l'entourage.

Le médecin non spécialiste ne doit donc pas dépasser les limites d'une psychothérapie simple. Celle-ci, d'ailleurs, suffit souvent à guérir une affection fonctionnelle, émotionnelle. Mais des anomalies traduisant des perturbations psychiques plus graves relèvent du spécialiste. Le psychothérapeute dispose de méthodes multiples : prise de conscience plus précise, psychanalyse, narco-analyse, suggestion sous hypnose, psychothérapie collective.

THÉRAPEUTIQUE

Du point de vue prophylactique, il faut être extrêmement avare de thérapeutiques proctologiques chez les malades qui paraissent psychologiquement perturbés. En effet, ils sont souvent revendicateurs et imputent leurs troubles spontanés aux interventions pratiquées antérieurement. Les injections sclérosantes passent pour douloureuses et il est préférable de ne les pratiquer que si elles sont indispensables (rectorragies importantes).

Ne proposer que des thérapeutiques douces, non sanglantes telles que la haute fréquence et les ultra-sons par exemple, associés à la vitamine B1 et B12.

Si une intervention s'avère indispensable pour un malade suspect, il serait toujours préférable de la faire précéder d'un entretien avec

un psychiatre qui décidera en dernier ressort de son innocence sur le plan psychique et en prévoira les conséquences éventuelles. Il sera sans doute souhaitable de n'intervenir qu'après un petit traitement tranquilisant. Dans ce domaine, nous avons eu de bons résultats avec le 4965 RP et le carbonate de méthyl-3-pentyne, dit le Docteur MILSTEIN.

Toutes les thérapeutiques psychiatriques peuvent être proposées suivant l'importance des troubles, depuis les tranquillisants jusqu'aux électro-chocs, en passant par la psychothérapie de contact et la psychanalyse.

Les cures de sommeil ont été suggérées.

Il a été parfois possible, chez de grands algiques, de discuter de l'opportunité d'une électro-coagulation pré-frontale, type Cattan-Bucaille. Cette thérapeutique reste néanmoins un moyen d'exception.

Par contre, les interventions sur les plexus sacrés ne semblent pas donner de résultats satisfaisants, comme d'ailleurs les résections coccygiennes.

Parmi les multiples thérapeutiques de la recto-côlite hémorragique, nous devons retenir l'intérêt de la cure de sommeil qui semble donner de bons résultats.

IMPLICATIONS PRONOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

Elles découlent essentiellement de la notion de régression orale chez les sujets atteints de recto-côlite hémorragique. Le pronostic semble dépendre effectivement de l'importance quantitative de la régression. Plus le cas offre un tableau proche des états psychotiques, plus l'évolution de la recto-côlite hémorragique elle-même paraît devoir être sévère. Pour MARGOLIN, le degré de régression permet encore de préciser l'attitude thérapeutique.

Seuls les cas où la régression est limitée semblent pouvoir bénéficier d'une psychothérapie profonde, psychanalyse comprise. GLENDEL en a défini les critères d'accessibilité. Le plus souvent, la meilleure attitude consiste dans une thérapeutique psycho-somatique aménagée.

Pour terminer ce chapitre, signalons la méthode thérapeutique mise au point par Roger CATTAN et BUCAILLE : l'électro-coagulation du cerveau pré-frontal. Le but de l'intervention est la production d'une petite lésion nécrotique dans la substance blanche frontale. Cette lésion n'entraîne pas de troubles psychiques, à condition de n'intéresser que le cadran inféro-interne du pôle frontal, c'est-à-dire une zone située en avant de la corne antérieure du ventricule latéral.

Les résultats de cette méthode paraissent très intéressants. Ils sont exposés dans le document de Roger CATTAN et BUCAILLE à propos de cette maladie.

L'électro-coagulation du cerveau pré-frontal semble devoir prendre une place de choix dans le traitement par ailleurs si décevant de la recto-côlite hémorragique. Cette opération interrompt certaines voies de conduction entre le cortex frontal et la région thalamo-hypothalamique. Ces connexions, bien étudiées par de nombreux physiologistes, en particulier par MEYER, LEGROS, CLARK, sont à double sens, afférent et efférent. Comme nous l'avions déjà dit, le thalamus sert de relais entre l'écorce cérébrale et les centres neuro-végétatifs de l'hypothalamus. Les circonvolutions frontales, en particulier, ont des rapports d'association étroits avec ces deux noyaux du thalamus (Roger CATTAN).

Cette chirurgie à visée physiologique modifie les inter-relations entre le cortex et les viscères, et entraîne ainsi une modification du fonctionnement du système neuro-végétatif. Aussi, dit Roger CATTAN, regardons-nous l'opération frontale, susceptible d'amener la guérison de la recto-côlite hémorragique, comme un acte de chirurgie physiologique qui, selon la définition de R. LERICHE,

« cherche à provoquer dans les tissus, par des moyens nerveux, surtout sympathiques, des conditions physiologiques inverses de celles par quoi les maladies se réalisent ».

Tout récemment, en 1958, GUIOT et BRION ont observé après un traumatisme opératoire frontal important, l'apparition d'une recto-côlite hémorragique aiguë typique, mortelle en quelques semaines. Rapprochant cette observation de celle que nous avons faite dans l'ordre inverse, dit Roger CATTAN, de la guérison de la maladie par la création d'une lésion minime dans la substance blanche frontale, ils font la suggestion suivante : la production de la maladie par une agression frontale déterminant de graves perturbations neuro-végétatives, sa guérison par la suppression de ses désordres, grâce à la production d'une lésion discrète dans le même lobe du cerveau. Ainsi l'origine de la maladie devrait être le trouble végétatif à point de départ cérébral. Tout conduit à faire cette hypothèse, aussi bien les multiples études des psycho-somatiens que les résultats obtenus par l'opération cérébrale.

Nous voyons donc le rôle important du système nerveux dans la recto-côlite reconnue par la plupart des auteurs ; les uns attribuaient une importance primordiale au système dit autonome, d'autres au diencéphale et au cortex.

La thérapeutique elle-même met en relief l'élément psycho-réactionnel important qui existe chez certains malades, ainsi dit le Docteur MILSTEIN :

« Une de nos malades, bien connue pour son état névropathique au long cours, a vu ses rectorragies d'origine hémorroïdaire stoppées dès le premier placebo. »

Ces faits, dit-il, permettent de souligner l'importance des phénomènes neuro-végétatifs surajoutés dans le saignement hémorroïdaire.

THERAPEUTIQUE DES CONSTIPATIONS PSYCHO-SOMATIQUES PSYCHOTHERAPIE

Quelles que soient les interprétations de ces constipations dites psycho-somatiques, ces considérations amènent à des déductions thérapeutiques qui, bien souvent, surprendront le malade tout disposé à aborder les préparations laxatives les plus inattendues, mais décontenancé de se voir soumis à un traitement dont il ne soupçonnait pas l'indication.

On comprend la nécessité d'explications détaillées suivant un interrogatoire qui aura tenu compte du passé du sujet dans sa totalité, de son enfance, de l'atmosphère familiale de celle-ci, de son activité professionnelle, de sa vie sentimentale, familiale, sexuelle, de façon à dégager l'éventuel conflit sur lequel on peut avoir prise.

L'entretien psycho-thérapeutique peut être mené avec la plus grande simplicité par le médecin traitant ou le gastro-entérologue. Cela peut suffire, mais dans la plupart des cas, il est parfois nécessaire d'en confier la conduite à un psychiatre.

Au cours de cette psychothérapie, il importe de démontrer que la constipation n'est pas une maladie, qu'il n'y a pas de menace d'occlusion intestinale, que la selle quotidienne n'est pas indispensable à une parfaite santé. Avec la plus grande fermeté, il faut condamner l'usage des laxatifs, démontrer qu'il s'agit là d'une véritable toxicomanie. Réussir sur ce seul point peut, dans certains cas, résumer toute la thérapeutique.

Lorsqu'un élément psychique important semble intervenir, il faudra s'adresser à des médications susceptibles de modifier le déséquilibre affectif ou thymique, ou même à des méthodes plus spécialisées : narco-analyse, psycho-analyse, mais il s'agit là de sujets chez qui la constipation n'est qu'un symptôme accessoire à côté de multiples manifestations psychiques, et le problème est d'ordre réellement psychiatrique hautement spécialisé.

THERAPEUTIQUE DES NEURALGIES ANO-RECTALES

Les tranquillisants semblent donner de bons résultats, et en particulier le carbonate de méthyl-3-pentyne OL-3 (Noblivon) dont l'étude a été faite systématiquement par le Docteur J. MILSTEIN dans les troubles psycho-somatiques de la sphère digestive sur un grand nombre de malades pendant une période de dix-huit mois.

Celui-ci déclare :

« Au cours de notre étude, nous constaterons que bien souvent le Noblivon atténuera cette composante psychique additionnelle qui hypertrophie un tableau viscéral assez bénin. »

La tolérance à ce médicament est très bonne. Un des malades du Docteur MILSTEIN ayant absorbé après une période de vomissements 8 comprimés par jour pendant douze jours, ne présenta aucun phénomène nauséeux.

Un autre médicament, le Nozinan, semble donner par son action psycholeptique des résultats intéressants.

Un troisième médicament, le 6459 RP ou Théralène, autre dérivé de la phénothiazine, présente d'après l'étude du Docteur MILSTEIN, un intérêt certain dans les manifestations fonctionnelles digestives chez des malades hyperémotifs et inadaptés aux soucis quotidiens. Le désordre neuro-végétatif, dit-il, entraînera le plus souvent des phénomènes spasmodiques ou hypersécrétoires. On assiste, dit-il à propos de sa conclusion sur l'expérimentation du 6549 RP, à une atténuation du fond anxieux et à une disparition de certains symptômes dont les douleurs erratiques.

THERAPEUTIQUE PSYCHOTHERAPIQUE

Si le psychothérapeute peut avoir souvent son mot à dire pour obtenir la guérison de malades, il ne prétend pas faire fi des bienfaits de la pharmacologie ou même de la chirurgie dans les troubles psycho-somatiques ; comme pour n'importe quelle affection, la décision thérapeutique doit être prise après avoir replacé les troubles côlitiques dans l'ensemble de l'individu. Si l'action psychothérapeutique est envisagée, il est nécessaire de rechercher dans quel ordre psychodynamique s'intègre le symptôme : une diarrhée et une constipation, des crises sub-occlusives qui font partie d'une névrose obsessionnelle ou hystérique, ne rétrocèdent parfois qu'après un traitement psychanalytique classique. La coexistence d'un autre trouble oriente vers une psychothérapie plutôt que vers une autre (par exemple, un céphalalgie constipé présente, selon nous, une évolution instinctuelle supérieure à un constipé simple). Il doit être traité comme un

céphalalgique et le pronostic nous semble meilleur. Suivant le cas, le symptôme peut être réduit en montrant sa signification lorsque celle-ci est déterminante. Si la modification de la fonction n'a pas de sens inconscient et est inanalysable, l'attitude qui provoque cette modification peut l'être (FÉNICHÉL).

ALEXANDER met en garde contre une psychothérapie trop intempestive. Il rappelle que les symptômes ne font que drainer les tendances destructrices du moi et sont comme un moindre mal. Si le moi n'a pas d'autres mécanismes de défense, il risque de sombrer dans la psychose.

Il est préférable d'agir d'une façon appropriée rapidement avant qu'une chronicité ne s'installe et rende la thérapeutique plus difficile. Il est bon, à notre avis, de montrer au malade que les événements, même écrasants, objectivement sont utilisés largement par lui d'une façon inconsciente pour les bénéfices secondaires qu'il en retire. La maladie justifie également pour lui une régression à une attitude de dépendance infantile devant les difficultés à surmonter. C'est pourquoi la « psychothérapie de soutien » peut intervenir avec efficacité, ce qui n'a rien d'étonnant si l'on considère l'importance de l'oralité dans les troubles psycho-somatiques du côlon.

Personnellement, nous envisageons de créer pour le traitement une situation transférentielle telle que, sans nous départir du rôle classique de catalyseur, le malade trouve le soutien moral qui lui manque pour surmonter ses difficultés. Il s'agit avant tout, selon nous, de faire disparaître le symptôme en remettant le malade dans le courant de sa vie habituelle, afin de le garantir contre des nouvelles rechutes. Ainsi, nous lui conseillons de reprendre le travail dès que possible pendant le traitement, puis nous faisons un sevrage progressif en espaçant les séances de traitement avant l'arrêt. À ce moment, nous indiquons au patient qu'il pourra toujours revenir nous voir en cas de besoin. En ce qui concerne la diarrhée et la recto-colite hémorragique où il s'agit de malades qui se jugent sévèrement et ont grand besoin d'affection, plusieurs directives ont été données :

Amener le malade à ne pas avoir honte d'un trop grand besoin d'amour et d'attachement, flatter son narcissisme en lui faisant voir sa personnalité sous son meilleur jour (GROEN), lui montrer qu'il est difficile quelquefois de remplir ses obligations, lui permettre de refuser des responsabilités s'il le désire sans sentiment de culpabilité (ALEXANDER).

La « catharsis » émotionnelle par le fait même de son existence en face du médecin est déculpabilisante. Elle procure un exutoire de sentiment agressif refoulé et calme l'anxiété. Elle est d'une grande valeur thérapeutique dans la constipation où de très forts sentiments

agressifs sont sous-jacents. SÉJUM (1950) essaie de canaliser les pulsions agressives en conseillant certaines pratiques qui les rendent supportables ou même les glorifient comme par exemple la boxe.

MARTY provoque leur déblocage en autorisant ou en ordonnant l'action musculaire chargée d'agressivité par des séances de gymnastique orthopédique, ce qui provoque parfois l'extériorisation de certains conflits analysables et devant être analysés parallèlement par le psychothérapeute. Toutes ces directives sont très générales et naturellement incomplètes. Quant à nous, la ligne de conduite dominante nous paraît être chez le diarrhéique de combler les besoins d'affection, et chez le constipé de permettre l'issue à l'agressivité qu'il faut tenter de déculpabiliser.

La connaissance profonde des tendances pathologiques habituelles ou possibles du patient sur tous les plans est d'une absolue nécessité. avant d'engager des thérapeutiques. Des dérivations causées par le traitement pouvant produire des accidents graves.

Au cours de traitement psychanalytiques nous voyons apparaître de la diarrhée, de la constipation, des crises sub-occlusives. Le contexte psychosomatique nous montre que ces troubles peuvent être interprétés comme un langage au moment où le malade ne peut pas se servir d'autres moyens d'expression. Il est donc juste d'accorder une valeur de causalité symbolique du symptôme, mais encore faut-il se méfier de l'utilisation par l'inconscient de maladies organiques existant déjà à ce moment (bien que dans ce cas la coïncidence mérite d'être signalée) comme le prétexte à la remontée de conflits anciens. Ces conflits, vécus et refoulés au cours de l'évolution instinctuelle de chaque individu ressortent grâce à la maladie organique. Ils ne sont pas la cause mais la conséquence de celles-ci. Théoriquement, ce retour du refoulé explique la constance de la constellation psychosomatique « spécifique » d'ALEXANDER, même si l'on suppose *a priori* le cas extrême où la maladie psycho-somatique est exclusivement due aux tensions orales non satisfaites agissant par la voie végétative, les troubles intestinaux déclenchés peuvent déterminer la sortie de conflits de l'époque d'éducation sphinctérienne, avec toute la signification symbolique des selles qui s'y rattache. Quelle est la part de chacun de ces différents organismes ?

Le fait qu'on retrouve des traits psychologiques analogues chez l'individu présentant un caractère anal et chez le constipé par exemple, nous fait admettre l'hypothèse suivante :

Pour que les conflits du stade anal s'extériorisent sur un mode organique, il serait nécessaire en plus de difficultés de leur résolution par d'autres voies, que l'organe intéressé ait été sensibilisé à un stade antérieur. Un autre problème, celui de la limitation de la maladie

à un seul organe, se pose, puisque les troubles intestinaux font partie au début de la vie et parfois plus tard, de réactions plus ou moins diffuses dans tout l'organisme où s'apparentent psycho-dynamiquement à des symptômes intéressant des régions différentes. Là encore, une anamnèse approfondie de chaque cas pourrait sans doute donner des éclaircissements. Des causes générales ont été recherchées, on a parlé de facteurs constitutionnels ou de malformations congénitales qui fixeraient le conflit psychologique. L'identification aux parents a été mise en avant. Ces explications peu satisfaisantes ne sont pas spécifiques de l'intestin. Il est notoire en effet de trouver des enfants constipés de parents constipés par exemple. Cette identification peut être active ou passive. Dans ce dernier cas les parents rejettent leurs conflits sur l'enfant par l'éducation. Il est indéniable que l'éducation du jeune enfant ou du nourrisson a une importance majeure pour l'évolution des fonctions intestinales. La civilisation dit-on classiquement est responsable de troubles intestinaux, la vie absorbante actuelle oblige sans cesse l'individu à différer le moment de l'exonération, et mène à la constipation puis, par suite de thérapeutiques intempestives, à une irritation du colon et à la diarrhée. D'autres facteurs sociaux peuvent être invoqués : la hiérarchisation et la codification sans cesse croissante des activités humaines, l'importance de plus en plus grande accordée aux rapports de quantité avec le progrès des techniques, enfin, à la valeur donnée à l'argent dans les sociétés actuelles, font que l'individu mit plus souvent qu'en d'autres temps en face de responsabilités écrasantes, est enclin à résoudre ses conflits sur un mode anal suggéré par le symbolisme inconscient des institutions sociales.

Il y a lieu de continuer les observations comparatives sur les maladies intestinales chez différents peuples ou milieux sociaux.

« On constate souvent l'extrême rareté de la constipation dans les civilisations où le dressage est très souple ». (Th. NOURRICIER)

Ces difficultés de connaissance n'amointrissent pas le réalisme des phénomènes psycho-somatiques. GROEN fait remarquer que dans les maladies organiques on n'est pas mieux renseigné sur le mécanisme du rapport causal : agent microbien, troubles anatomiques spécifiques produits. A ce propos, en rappelant les réserves déjà faites il paraît vraisemblable qu'un conflit émotionnel caractéristique soit susceptible d'influencer le développement d'une maladie à germe spécifique sur un organe donné : chez un malade atteint de colite amibienne.

CRÈDE en 1948, retrouve la constellation psycho-dynamique de la diarrhée et note la coïncidence des rechutes avec la reproduction des conflits émotionnels analogues à ceux de son enfance.

CONCLUSIONS

Le facteur psychique joue un rôle important dans la physiopathologie de la sphère ano-rectale, d'où l'intérêt chez les malades de ce type de l'enquête psychologique pour établir les bases d'une thérapeutique rationnelle.

Le facteur psychique se retrouve plus ou moins nettement au cours de différentes affections qui touchent l'intestin terminal.

I. — Il existe des *constipations* qui guérissent par simple psychothérapie mais les altérations du psychisme ont également leur rôle dans les colites spasmodiques. A cet égard les troubles neuro-végétatifs presque constants de la vie urbaine moderne ont une incidence remarquable sur le bon fonctionnement intestinal.

II. — *La rectocolite hémorragique* : L'incidence psychosomatique apparaît au maximum au cours de la rectocolite hémorragique. Elle y serait apparente :

- a) dans le profil psychologique du malade ;
- b) dans l'insertion sociale et familiale ;
- c) dans le comportement du malade en face de son affection.

Le facteur psychosomatique est par ailleurs rendu évident par l'argument thérapeutique.

III. — C'est peut-être encore dans le cadre des *névralgies ano-rectales* que l'incidence psychique a son rôle le plus important, comme nous le montrons dans quatre de nos observations.

IV. — On sait depuis longtemps l'importance de la psychothérapie dans le traitement du *prurit anal* qui, dans ses formes graves, peut conduire à des psychoses caractérisées.

V. — *Chez l'enfant* : le climat familial est un facteur étiologique de premier plan à l'origine de l'encoprésie.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DE GENNES

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER (1959); BRADLEY (1956); CANTOR (1958); EASSON (1960). — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, « Psychiatrie », 1955, fasc. 37.105, D10, 2.
- ARNOLIS (J.) et PARNAUD (E.). — Névralgie anale. Proctalgie fugace. Coccygodynie. (*Les Entretiens de Bichat*, 1958.)
- BENSAUDE (A.) et GUIHARD (A.). — Névralgies ano-rectales et coccygodynie.
- BENSAUDE (A.) et MILSTEIN (J.). — Traitement du prurit anal. (*Le Monde Médical*, avril-juin 1961, n° 1.014.)
- BENSAUDE (R.), MASSOT et RACHET (J.). — Recto-côlite hémorragique purulente, in R. Bensaude: Maladies de l'intestin. 1 vol. (Masson et Cie, 1939, t. IV, p. 223.)
- BRÉMOND (J.). — Vessie, rectum et médecine psycho-somatique (3 cas d'incontinence). (*Rev. Méd. Suisse Rom.*, août 1958, 78, n° 8, 540-541.)
- CANS. — Les prurits sans lésions dermatologiques. (*Sem. Méd.*, 34, 195.)
- CANTOR (A.J.). — Psychosomatic proctology. (*Rev. of Gastro-Enterology*, novembre 1950, 17, n° 11, 1068-1074.)
- Psychosomatic proctology. (*Am. J. Psychoth.*, July 1952, 6, n° 3, pp. 449-466.)
- CATTAN (R.) et CARASSO (R.). — La recto-côlite hémorragique et purulente.
- CATTAN et LAFFITTE. — A propos d'une constipation chronique guérie par la psychothérapie. (*Sem. des Hôpitaux de Paris*, 2 octobre 1950, 26, n° 73, 3815-3817.)
- DELAY, DENIKER et TARDIET. — Résultats de l'hibernothérapie dans trois affections psycho-somatiques. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1953, n° 2.)
- DEMOLE (M.). — L'obsédé fécal. (*Médecine et Hygiène*, 1^{er} février 1951, 65-66.)
- DUHAMEL (J.). — Affections non congénitales de l'anus et du rectum chez l'enfant.
- DUPUY et CIRILLI. — Quelques cas de constipation chronique vus sous l'angle psycho-somatique. (*Congrès de Gastro-Entérologie*, Bologne, 1952.)
- DURET (R.L.). — Problèmes psycho-somatiques dans la recto-côlite hémorragique grave. (*Acta Gastro-Enterol. Belg.*, juin 1950, suppl. 2, 621-630.)

- JAUSION (H.) et VIEVILLE (R.). — Prurits périnéaux : leur composante psychosomatique. (*C.R. Soc. Franç. Gyn.*, octobre 1955, 25, n° 6, 293-298.)
- KUNKEL (O.). — Enurésie et encoprésie d'un garçon de treize ans guéri par la psychothérapie de sa mère. (*Ztschr. Psychother.*, novembre 1958, 8, n° 6, 236-239.)
- LUQUET (P.) et LUQUET-PARAT (J.C.). — Troubles des conduites excrémentielles. (*E.M.C.*, « Psychiatrie », 1955, fasc. 37.105, D10, 2.)
- HILLEMAND (P.), BENSAUDE (A.) et LOYGUE (J.). — Les maladies de l'anus et du canal anal. 1 vol. (Masson et Cie, 1955.)
- MICHAUX (Léon). — Possibilités et limites de la médecine psycho-somatique. (*La Presse Médicale*, 20 mai 1961.)
- MEEROFF (M.). — Psychogénèse et psychothérapie du prurit anal. (*Dia Med.*, 5 mai 1960, 32, 812-816.)
- MILSTEIN (J.). — Psychisme et proctologie. (*Rev. Méd.*, « La Clinique », février 1961, n° 556.)
- Action thérapeutique du carbonate de méthyl-3 pentyne-1 01-3 (N-Oblivon) dans les troubles psycho-somatiques de la sphère digestive. (*Sem. des Hôpitaux de Paris*, avril 1957, n° 4.)
 - Expérimentation clinique du 6549 RP (théralène) dans les troubles fonctionnels digestifs. (Extrait de la *Sem. des Hôpitaux*, 30 janvier 1959, n° 4, pp. 102-105.)
 - Essai thérapeutique de la phényl-indane-dione « pindione » sous forme de suppositoires dans la maladie hémorroïdaire. (Extrait du *Concours Médical*, 12 mars 1960, n° 11.)
- PIERSON et COLLESSON. — Troubles digestifs psycho-somatiques. Considérations en marge des auteurs américains.
- RIBEIRO DA SILVA (R.). — Névralgies et névroses ano-rectales. (*Brasil Med.*, 31 janvier 1959, 3, 73, n° 1/5-19/27.)
- RICHARD (P.) et ALEXANDER (M.D.). — Contribution to the psychological understanding of pruritus ani.
- SAPIR et LÉVY. — Deux cas de recto-côlite hémorragique. Action de la cure de sommeil. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, 1954, 43, n° 1.)
- SCHWARTZ (M.S.) et STANTON (A.H.). — A social psychological study of incontinence. (*Psychiatry*, novembre 1950, 13, n° 4, 399-416.)
- SZASZ (T.S.). — Physiological psychodynamic mechanism in constipation and diarrhea. (*Psychosom. M.B.*, mars-avril 1951, 2, 112-116.)
- TUREL (R.). — Fonctions et maladies du côlon, de l'anus et du rectum. (*Surg. Gyn. Obst.*, novembre 1958, 107, n° 5, 417-448.)

